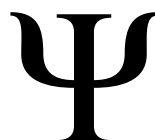


TITTEL: CSA, NEGATIVE OPPVEKSTBETINGELSER OG SENERE FUNGERING



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Negative oppvekstbetingelser og seksuelt overgrep i barndom –
implikasjoner for opplevd sosial støtte og selvskadende atferd i
voksen alder***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Kristian Hartmann
Jenny Marie Lund Valderhaug**

Høst 2014

Veiledere:
Janne Grønli
Iris Steine (biveileder)

Sammendrag

Seksuelle overgrep mot barn (CSA) har alvorlige og langvarige negative psykiske konsekvenser for den utsatte. CSA-utsatte opplever ofte et bredt spekter av også andre familiedysfunksjoner, som selvstendig kan gi negative konsekvenser og sammen kan ha kumulativt verre effekt. Denne studien analyserte sammenhengen mellom negative oppvekstbetingelser og nåværende grad av opplevd sosial støtte og selvskadende atferd i et utvalg bestående av 458 CSA-utsatte voksne i Norge. Deltagerne, i alderen 18 til 73 år, ble rekruttert via regionale støttesentre mot incest, 94.8 % var kvinner.

Datainnsamling ble gjort med selvrapporteringsskjema, som en del av det større forskningsprosjektet *Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA)*. Hierarkiske regresjonsanalyser viste at negative oppvekstbetingelser kunne signifikant predikere lavere grad av opplevd sosial støtte fra familie og venner, og økt selvskading.

Psykisk/fysisk vold og emosjonell neglekt var negativt korrelert med opplevd sosial støtte fra familie og venner. *Post hoc*-korrelasjonsanalysene viste at selvskading i voksen alder var sterkest korrelert med eksponering for psykisk vold i oppveksten.

Assosiasjonene mellom opplevd sosial støtte, selvskading og negative oppvekstbetingelser blir diskutert i lys av tidligere funn og teori, og implikasjoner for videre forskning og klinisk praksis diskuteres.

Abstract

Child sexual abuse (CSA) has serious negative long-term effects on the child's mental health. In addition, these children often experience a wide range of family dysfunctions, which alone can have negative effects, and combined can have cumulative effects. This study investigated the association between child maltreatment and degree of perceived social support and self-harm in an adult sample of 458 CSA survivors. The participants, aged 18 to 73 years, were recruited from victim's support centers, 94.8 % were women. Self-report questionnaires were used to collect data on childhood maltreatment, perceived social support and self-harm, as part of the larger project *Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA)*. Hierarchical regression analysis showed that a high degree of child maltreatment in childhood was a predictor of lower perceived social support from family and friends, and higher degree of self-harm in adulthood. Emotional/physical abuse and neglect was negatively correlated with perceived social support from family and friends. Correlation analysis revealed emotional abuse in childhood to be most strongly correlated with later self-harm. The results are discussed in light of former research and theory. Implications for clinical work and further research are considered.

Forord

Tusen takk til veileder Janne Grønli for muligheten til å arbeide med et så spennende og klinisk relevant tema. Både du og biveileder Iris Steine har hjulpet oss gjennom denne prosessen med engasjement, fokus og kunnskap.

Vi ønsker også å rette en stor takk til alle respondentene i LISA-studien; deres bidrag er eksepsjonelt viktig for økt forståelse av mekanismene knyttet til og konsekvensene av seksuelle overgrep av barn. Deres mot og ærlighet er uvurderlig!

Kristian Hartmann og Jenny Marie Lund Valderhaug

Bergen, november 2014

Innhold

Sammendrag.....	3
Abstract	4
Forord	5
Seksuelle overgrep mot barn	9
Risikofaktorer og moderatorer	10
Kjønn.....	10
Alder.....	11
Oppvekstbetingelser	12
Opplevd sosial støtte	15
Selvskading	20
Studiens formål	23
Metode.....	24
Prosedyre og etikk.....	24
Deltagerne	25
Spørreskjemaet	25
Oppvekstbetingelser	25
Sosial støtte	26
Selvskading	27
Statistiske analyser	27
Resultater.....	28

Opplevd sosial støtte	28
Totalskåre	28
Familie.....	28
Venner	29
En spesiell person.....	29
Selvskading	30
Diskusjon.....	30
Opplevd sosial støtte	31
Opplevd sosial støtte, totalskåre.....	31
Opplevd sosial støtte fra familie.....	32
Opplevd sosial støtte fra venner	33
Opplevd sosial støtte fra en spesiell person	34
Å måtte ta vare på andre i familien	35
Kjønn.....	36
Alder.....	37
Selvskading	37
Kompleks traumatisering	42
Implikasjoner for psykologisk arbeid.....	44
Forebygging av overgrep	44
Kliniske implikasjoner	45
Metodiske begrensninger	46

Videre forskning.....	47
Konklusjon	49
Tabeller.....	50
Referanser.....	53
Vedlegg	68
Måleinstrumenter	68

Seksuelle overgrep mot barn

Seksuelt overgrep mot barn (*Child Sexual Abuse*; CSA) kan gi langvarige psykologiske og somatiske konsekvenser for den utsatte (se for eksempel Beitchman et al., 1992; Felitti et al., 1998; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Putnam, 2003). Variasjonen i symptombildet hos CSA-utsatte er stor, men data viser en klar sammenheng mellom CSA og psykiske lidelser som alvorlig depresjon, angst, borderline personlighetsforstyrrelse, somatiseringslidelse, posttraumatisk stresslidelse, dissosiativ identitetsforstyrrelse og spiseforstyrrelser (Putnam, 2003). I tillegg blir det hyppig rapportert om blant annet søvnforstyrrelser som insomni og mareritt, seksuell dysfunksjon, nedsatt sosial fungering, rusmisbruk og selvskading (Maniglio, 2009; Steine, Harvey, et al., 2012; Steine, Krystal, et al., 2012).

Seksuelt overgrep kan defineres som enhver seksuell handling som den utsatte ikke har samtykket til, eller har blitt presset eller manipulert til å ta del i. Den norske straffeloven deler seksuelt overgrep inn i tre kategorier: Seksuelt krenkende atferd (for eksempel blotting eller kikking), seksuell handling (for eksempel beføling av bryster eller kjønnsorganer, utenpå eller innenfor klærne), og seksuell omgang (for eksempel samleie eller samleielignende handlinger som slikking og suging av kjønnsorgan) (Straffeloven, 2014). Når den utsatte er under seksuell lavalder regnes det som seksuelt overgrep mot barn. Incest defineres på forskjellige måter, men skiller seg fra CSA ved at det er begått av noen i nær relasjon til barnet. En definisjon er ”fysisk og psykisk krenkelse av barn og unges seksuelle integritet, begått av noen de står i et avhengighetsforhold til, skapt av nær sosial familietilknytning” (Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep). Biologisk relasjon er dermed ikke nødvendig for å definere et overgrep som incest.

Prevalenstillene for seksuelle overgrep er høye. De viser at mellom 12 – 35 % av kvinner og 4 – 9 % av menn i USA har opplevd CSA (Putnam, 2003). Rapporterte prevalenser varierer noe med populasjonen, avhengig av hvordan CSA defineres og hvilken seksuell lavalder det opereres med i den enkelte studie. I USA er den seksuelle lavalderen 18 år, og amerikanske studier på CSA omhandler seksuelle handlinger som har skjedd før fylte 18 år. I Norge er den seksuelle lavalder 16 år. Den eneste studien i Norge med et nasjonalt representativt utvalg som har benyttet denne seksuelle lavalderen er Steine, Milde, et al. (2012). De fant en prevalens på 34.9 % for kvinner og 12.7 % for menn. Tallene er konsistente med andre lands prevalensstudier (Finkelhor, 1994; Putnam, 2003).

Risikofaktorer og moderatorer

Kjønn. Forekomstundersøkelser viser betydelige kjønnsforskjeller i risikoen for å bli utsatt for CSA. Jenter har 2.5 til 3 ganger så stor risiko for å bli utsatt for CSA som gutter (se for eksempel litteraturgjennomgang av Putnam, 2003). Selv om kjønnsforskjellen i forekomst trolig er reell, er det også sannsynlig at overgrep mot gutter underrapporteres (se for eksempel Lab, Feigenbaum, & De Silva, 2000). En mulig årsak kan være at det er et større opplevd tabu for en gutt å ha blitt seksuelt forgrepet på, og at de derfor har en høyere terskel for å fortelle noen om det, sammenlignet med jenter. Terapeuter spør heller ikke menn like ofte som kvinner om de har blitt utsatt for CSA. Dette bidrar til underrapportering i kliniske utvalg (Lab et al., 2000).

Hvorvidt den utsattes kjønn spiller inn på de senere konsekvensene av CSA er usikkert. Tradisjonelt har det vært sagt at jenter har mer internaliserende vansker, mens gutter viser mer eksternaliserende vansker. I en litteraturgjennomgang av 46 studier fant

Kendall-Tackett et al. (1993) ikke støtte for dette. Flere studier rapporterer at jenter får flere og mer alvorlige symptomer enn gutter. For eksempel fant Åslund, Nilsson, Starrin, og Sjöberg (2007) at jenter hadde dobbelt så stor risiko for å utvikle depresjon som gutter etter å ha blitt utsatt for CSA. Molnar, Buka, og Kessler (2001) viste at CSA bidro til økt sannsynlighet for 14 psykiatriske diagnoser hos kvinner, etter at det var kontrollert for flere former for familiedysfunksjon, sammenlignet med 5 psykiatriske diagnoser for menn. Denne kjønnsforskjellen kan skyldes at jenter i større grad enn gutter blir forgrepet på av nære familiemedlemmer, noe som er assosiert med alvorligere symptomer (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990; Ussher & Dewberry, 1995; Wyatt & Newcomb, 1990). Forskningsfeltet har lenge vært preget av for få mannlige deltagere til gjøre en systematisk sammenligning (Kendall-Tackett et al., 1993).

Alder. Gjennomsnittlig alder for første overgrep varierer med utvalget som brukes. Ved nasjonalt representative utvalg i Norge er det funnet å være 11.9 år (Steine, Milde, et al., 2012), mens det i Sverige er 9 år (Edgards & Ormstad, 2000). I den norske LISA-studien med et ikke-representativt utvalg var alderen så lav som 6.5 år (Steine, Krystal, et al., 2012). Risikoen for å bli utsatt for CSA ser ut til å øke fra barndom og inn i ungdomsårene (Putnam, 2003). Lav alder ved første overgrep er funnet å gi verre utfall enn om man er eldre (Ussher & Dewberry, 1995). Dette er trolig på grunn av at lav alder ved første overgrep er assosiert med intrafamiliært overgrep (Beitchman et al., 1992), som igjen er assosiert med mer invaderende overgrepsmetode og lengre varighet (Ussher & Dewberry, 1995). Barn som er yngre ved første overgrep venter også generelt lengre med å fortelle noen om overgrepene, enn hva eldre barn gjør (London, Bruck, Wright, & Ceci, 2007).

Oppvekstbetingelser. Oppvekstbetingelser kan betegnes som det direkte forholdet mellom omsorgsgivere og barnet, samt familiære omstendigheter som påvirker barnet indirekte gjennom foreldrene (Zielinski & Bradshaw, 2006). Familiære omstendigheter inkluderer blant annet familiens sosiale nettverk og sosioøkonomisk status. Vi vil presentere ulike oppvekstbetingelser som øker risikoen for CSA, samt oppvekstbetingelser som kan hindre eller fasilitere barnets tilpasning etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Oppvekstbetingelsene som er assosiert med økt risiko for CSA i stor grad de samme faktorene som har en negativ innflytelse på barnets fungering etter CSA (Zielinski & Bradshaw, 2006).

Oppvekstbetingelser som risikofaktor. Hvilke oppvekstbetingelser et barn opplever er med på å påvirke risikoen for å bli utsatt for CSA. Negative oppvekstbetingelser kan for eksempel være konflikt mellom foreldre, separasjon fra biologiske foreldre, psykopatologi i familien, foreldre med et rusproblem, eller fysiske overgrep innad i familien (Dong et al., 2004; Molnar et al., 2001). Tilstedeværelsen av én slik faktor øker sannsynligheten for flere negative oppvekstvilkår (Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998). Felitti et al. (1998) fant i deres studie at 65 % av CSA-utsatte hadde blitt utsatt for minst én annen form for misbruk eller familiedysfunksjon, og 41 % hadde opplevd to eller flere. Konflikt mellom foreldre var en av de tydeligste risikofaktorene for negative oppvekstbetingelser; 86 % som opplevde konflikt mellom foreldre opplevde også minst én annen kategori av negative oppvekstbetingelser (Felitti et al., 1998). I situasjoner med høy grad av konflikt i hjemmet, står barn i økt fare for å få dårligere oppfølging og beskyttelse fra foreldrene. Dette setter barna i økt fare for å bli utnyttet seksuelt (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996; Ramírez, Pinzón-Rondón, & Botero, 2011).

Familiesammensetningen er også funnet å være en betydelig risikofaktor for CSA, særlig fravær av en eller begge foreldre (Finkelhor, 1993). Psykisk lidelse hos mor, alkoholisme og fravær av omsorgsgiver over lengre tid øker risikoen (Molnar et al., 2001; Putnam, 2003). I familier med både biologisk mor og far til stede er alvorlige ekteskapskonflikter, sosial isolasjon og en straffende oppdragerstil viktige risikofaktorer (Putnam, 2003). Å bo med en stefar er for jenter funnet å doble risikoen for å bli utsatt for CSA, både av stefaren selv og av andre menn (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1993). Den økte risiko er til stede også før stefaren kommer inn i familien, noe som antyder at det er andre variabler enn hans tilstedeværelse i seg selv som påvirker risikoen. Det er ikke funnet å være en økt risiko for CSA ved tilstedeværelse av stemødre (Roberts, O'Connor, Dunn, & Golding, 2004). Et nært forhold til mor, og en god og lyttende kommunikasjonsstil mellom barn og omsorgsgiver reduserer risikoen for at et barn blir utsatt for CSA (Ramírez et al., 2011).

Oppvekstbetingelser som modererende faktor. Barn som utvikler få eller ingen psykopatologiske symptomer etter en eller flere traumatiske hendelser, omtales i faglitteraturen som resiliente (Howell, 2011). Disse barna er funnet oftere å ha et støttende og trygghetsskapende miljø rundt seg, enn barn med større grad av negativ utvikling (Howell, 2011; Marriott, Hamilton-Giachritsis, & Harrop, 2014; Zielinski & Bradshaw, 2006). Å sette tydelige og rettferdige grenser, inngå i positivt samspill med sitt barn og uttrykke støtte og kjærlighet, er eksempler på foreldreatferd som bidrar til resiliens hos CSA-utsatte barn (Marriott et al., 2014). Støttende omsorgspersoner vil kunne gi barnet gode arbeidsmodeller om seg selv og sine relasjoner, og slik en trygg tilknytningsstil over i voksen alder (Ognibene & Collins, 1998; Perry, 2009). Det vil kunne bidra til en større tro på at andre personer kan være til hjelp når en trenger det.

Dette er essensielt for å kunne nytte seg av sosial støtte, og voksne med en historie med usikker tilknytning vil i større grad avvise sosial støtte. Resiliente barn vil oftere vokse opp til å kunne nyttiggjøre seg av støtte, og er bedre rustet til å mestre større påkjenninger.

En trygg tilknytning kan også fungere som en buffer mot negative konsekvenser gjennom omsorgsgivers hjelp til å utvikle barnets emosjonsregulering (Howell, 2011). Små barn er avhengig av omsorgsgiver for å bli rolig og trygg etter ubehagelige eller skremmende hendelser, for eksempel ved at barnet blir holdt rundt eller sunget for (Nordanger & Braarud, 2014). En slik ytre reguleringen vil barnet gradvis gjennom oppveksten internalisere, for siden å klare å roe seg selv ned (Nordanger & Braarud, 2014; Schore & Schore, 2008). Når et barn utsettes for seksuelle overgrep, eller andre traumer, og omsorgsgiver gjentatte ganger ikke mestrer å støtte og trøste barnet tilstrekkelig, kan dette betegnes som et utviklingstraume (van der Kolk, 2005). Slike gjentatte traumatiske hendelser sensitiviserer barn for skremmende inntrykk, som fører til at påfølgende negative hendelser oppleves som ekstra belastende. Fra et nevrologisk perspektiv forklares dette med hjernens plastisitet og utviklingsnivå i ung alder, hvor konsekvensene blir mer omfattende og varig enn ved traumer i voksen alder (Howell, 2011; Perry, 2009). Kombinasjonen av seksuelt overgrep og omsorgssvikt fra foreldre, fører gjennom disse mekanismene til dårligere emosjonsregulering og stressmestring hos det utsatte barna (Nordanger & Braarud, 2014). Når man som barn ikke lærer å takle sterke, ubehagelige følelser på en adaptiv måte, tas ofte alternative mestringsstrategier i bruk når de blir eldre. Slike strategier kan være ulike former for selvskading og rusmisbruk (Klonsky, 2007; Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Vansker med emosjonsregulering kan også føre til andre atferdsmønstre, som for eksempel sosial

tilbaketrekning, aggressivitet og sviktende impulskontroll (Nordanger & Braarud, 2014; Ogden, Minton, & Pain, 2006).

Når å bli utsatt for negative oppvekstbetingelser og traumer i barndommen har en kumulativ negativ effekt på mental helse, blir det vanskelig å skille effekten av de ulike faktorene fra hverandre (Cloitre et al., 2009; Dong et al., 2004; Graham-Bermann, Castor, Miller, & Howell, 2012). Cloitre et al. (2009) fant at det er meningsfullt å skille faktorene fra hverandre på når i livet de ble opplevd. Symptomkompleksiteten til deltagerne i voksen alder kunne forklares av antall traumer de hadde opplevd gjennom hele livsløpet, men ved dybdeanalyser viste det seg at gjentatte traumer i barndommen kunne forklare hele symptomkompleksiteten alene. Traumene i voksen alder hadde her lite å si, noe som understreker den negative innvirkningen gjentatte negative opplevelser i barndommen kan ha for senere fungering.

Opplevd sosial støtte

Opplevd sosial støtte kan defineres som følelsen av å være elsket, verdsatt og som en del av et nettverk eller en gruppe (Cobb, 1976). Sosial støtte kan for eksempel innebære fysisk nærhet, tryggende ord eller økonomisk hjelp. Opplevelsen av å motta sosial støtte fra familie, venner, partner eller andre signifikante personer er vist å være en sterk prediktor for symptomatologi etter seksuelt overgrep (Kendall-Tackett et al., 1993; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999).

Hvordan opplevd sosial støtte kan påvirke symptomtrykk og fungering er forsøkt forklart gjennom to typer modeller. Hovedeffekt-modellen foreslår at sosial støtte påvirker en persons velvære til enhver tid og uavhengig av situasjon, da opplevelsen av å ha sosial støtte bidrar til en følelse av å være verdig andres omtanke og andres positive opplevelser (Cohen & Wills, 1985). Andrews, Tennant, Hewson, og Vaillant (1978)

fant støtte for en slik hovedeffekt av sosial støtte i et utvalg australiere, hvor det hadde en direkte innvirkning på livskvalitet. Newsom og Schulz (1996) fant at blant eldre personer med fysiske lidelser som begrenset livsførselen deres, var det den opplevde kvaliteten på sosial støtte fra venner og familie som var den viktigste prediktoren for livskvalitet. Frekvensen av den sosiale kontakten med venner og familie var mindre viktig.

Buffereffekt-modellen mener sosial støtte i hovedsak er av betydning i situasjoner med opplevd stress, og at det kansellerer de negative påvirkningene helt eller delvis (Cohen & Wills, 1985). Cobb (1976) fant i sin litteraturgjennomgang at opplevd sosial støtte kunne moderere hvordan man håndterer stress, og bidro betydelig til en positiv utvikling etter livskriser og sykdom. Det er stadig uenighet om hvorvidt opplevd sosial støtte fungerer som en hovedeffekt eller buffereffekt på livskvalitet og fungering, men uavhengig av modell synes sosial støtte å være svært viktig for senere fungering etter negative livshendelser (se for eksempel Elliott & Carnes, 2001; Kendall-Tackett et al., 1993; Zielinski & Bradshaw, 2006). Det er viktig å skille mellom den faktiske og den opplevde sosiale støtten, hvor sistnevnte i større grad inkluderer perspektivet til mottageren av støtten. Sammenlignet med reell sosial støtte, påvirker opplevelsen av å motta sosial støtte livskvalitet i større grad (Lakey & Cassady, 1990; Wilson & Scarpa, 2014; Zielinski & Bradshaw, 2006).

Grad av opplevd sosial støtte blir påvirket gjennom flere faktorer. CSA kan forstås som et mellommenneskelig traume som forvrenger barns forståelse av hva som er riktig og galt i samhandling med andre. Seksuelle overgrep forstyrrer slik barnets sosiale kompetanse, og hindrer utviklingen av en opplevelse av trygghet i relasjon til andre og evnen til å stole på dem (Briere & Elliott, 1994; Hinson, Koverola, &

Morahan, 2002). Lakey og Cassady (1990) foreslår at en slik forstyrrelse kan komme til uttrykk som en persons personlige kognitive stil, basert på teori om depressiv fortolkningsstil av Beck, Steer, og Carbin (1988). Lakey og Cassady (1990) fant at opplevd sosial støtte i større grad var assosiert med kognitive fortolkningsbias enn med faktisk mottatt støtte. En person som har en tendens til å vurdere sine sosiale relasjoner som utilstrekkelige, vil lettere vurdere fremtidige tilbud om støtte som lite hjelpsomme og ha en minsket sannsynlighet for å gjenkalle å ha mottatt god sosial støtte. Hinson et al. (2002) fant at blant CSA-utsatte kvinner var depresjon den viktigste forklaringsvariabelen for grad av opplevd sosial støtte. Hinson et al. (2002) mente, i likhet med Lakey og Cassady (1990), at en depressiv fortolkningsstil kan forklare deler av variansen i opplevd sosial støtte.

Manglende sosial støtte fra foreldre når barn forteller om overgrepene kan forverre konsekvensene av CSA (Kendall-Tackett et al., 1993). Hvis omsorgsgiveren står i nær relasjon til overgriperen er det lavere sannsynlighet for å motta adekvat støtte, da en avsløring innebærer store konsekvenser også for den ikke-forgripende omsorgsgiveren (Elliott & Carnes, 2001; Guelzow, Cornett, & Dougherty, 2003). Det kan føre til store forandringer i bo- og omsorgssituasjonen, tap av sosiale relasjoner og skyldfølelse. En mulig reaksjon kan derfor være å fornekte hendelsene, som kan resultere i at barnet ikke får den tillit, støtte og hjelp det trenger. Frykten for slike negative konsekvenser er en av de viktigste årsakene til at mange barn velger å ikke avsløre overgrepene (Ullman, 2002).

Sosial støtte fra foreldre, særlig mor, er av mange funnet å være den beste prediktoren for senere utfall (Elliott & Carnes, 2001; Malloy & Lyon, 2006; Tremblay et al., 1999; Zielinski & Bradshaw, 2006), mens karakteristika ved overgrepet har

mindre betydning (Tremblay et al., 1999). Dette står i kontrast til Ullman (2002) sin litteratursammenfatning, som konkluderte med at sosial støtte fra venner var mest hjelpsomt for videre fungering for den CSA-utsatte. At støtten fra foreldrene synes å være viktigste prediktor for senere fungering kan komme av at barn har mindre tilgang på jevnaldrende som kan tilby adekvat hjelp. For barn er en av foreldrene den personen de oftest avslører overgrepene til (Ullman, 2002).

I ungdomsårene blir jevnaldrende venner den viktigste personen CSA-utsatte forteller om overgrepene til. De får i disse årene større tilgang på venner som kan gi støtte, og de oppleves av flere som tryggere å avsløre til da de står utenfor familien (Ullman, 2002). Voksne som forteller om CSA til sine venner opplever ofte mer positive tilbakemeldinger, sammenlignet med de som forteller sine foreldre om CSA (Ullman, 2002). Evnen til å motta sosial støtte fra venner avhenger også av den utsattes egne sosiale fungering. Barn som har opplevd ulike former for mishandling er funnet oftere å overreagere i eller trekke seg tilbake fra sosiale samspill enn andre barn (Zielinski & Bradshaw, 2006), og tilknytningsproblematikk og fordreide idéer om seg selv og andre vanskeliggjør CSA-utsattes mulighet for å nyttiggjøre seg av sosial støtte fra jevnaldrende (Briere & Elliott, 1994; Zielinski & Bradshaw, 2006).

Sosial støtte kan også komme fra andre bidragsytere og institusjoner, såkalte signifikante andre. Disse støttespillerne vil også være viktige videre i livet. Termen signifikante andre kan referere til både en romantisk partner og andre viktige støttespillere i en persons liv, for eksempel en tante, bestevenn eller religiøs leder. Banyard, Williams, Siegel, og West (2002) fant at et positivt forhold til sin lærer og det å føle seg som en del av en menighet var assosiert med høyere grad av resiliens hos CSA-utsatte afroamerikanske kvinner. Opplevd støtte fra ektefelle og det å ha barn er

også assosiert med mer positive utfall for CSA-utsatte (Little & Hamby, 1999). En nær relasjon til de man opplever sosial støtte fra er ikke nødvendig for positive utfall etter traumer. For eksempel er tilfeldig sammensatte støttegrupper for voldsutsatte kvinner vist å føre til et lavere symptomtrykk sammenlignet med de som ikke gikk i slike støttegrupper (Constantino, Kim, & Crane, 2005).

Mens sosial støtte nesten utelukkende forskes på som en prediktorvariabel eller moderator, kan det også sees på som en utfallsvariabel. Opplevelsen av å være ivaretatt og elsket av sine nærmeste i barndommen former en persons arbeidsmodeller for senere mellommenneskelige relasjoner (Bowlby, 1977; Perry, 2009). En trygg tilknytningsstil videreføres i voksen alder og påvirker vår fortolkning av andres atferd og intensjoner. Simpson, Rholes, og Nelligan (1992) fant at voksne kvinners tilknytningsstil påvirket deres hjelpesøkende atferd i et eksperiment hvor de ble utsatt for potensielt stressende oppgaver i et rom sammen med sin partner. Desto mer stressende oppgavene var, desto oftere ba kvinnene med trygg tilknytningsstil sin partner om hjelp. Kvinnene med en utrygg tilknytningsstil ba sjeldnere om hjelp ved et økende aktiveringsnivå. Dette viser hvordan arbeidsmodeller utviklet i samspill med ens tidlige omsorgsgivere påvirker troen på at støtte er tilgjengelig og nyttig. Dette, sett i sammenheng med at positive idéer om en selv i relasjon til andre er assosiert med en økt sannsynlighet for å be om hjelp fra venner ved behov (Ognibene & Collins, 1998), viser hvordan opplevd sosial støtte også kan være et uttrykk for ens eget selvilde og sosial fungering. Høy grad av opplevd sosial støtte i nåtid er også assosiert med bedre livskvalitet, funnet blant kroniske smertepasienter av Newsom og Schulz (1996). Å se på sosial støtte som et utfallsmål etter traumatiske hendelser kan slik være en indikator på psykososial fungering.

Selvskading

Det er godt dokumentert at å bli utsatt for CSA øker risikoen for å utføre selvskadende handlinger (se for eksempel litteraturgjennomgang Maniglio, 2011). CSA-utsatte kvinner er vist å ha en firedoblet sannsynlighet for å ha selvskadet, sammenlignet med kvinner som ikke har opplevd CSA (Gladstone et al., 2004). Edgards og Ormstad (2000) fant at 30.9 % av svenske CSA-utsatte 17-åringer hadde selvskadet seg, mot 13.5 % av ikke-CSA-utsatte. Til tross for den økte forekomsten av selvskading i denne gruppen, kan CSA kun svakt predikere selvskading (Maniglio, 2011).

Selvskading blir på kryss av studier definert forskjellig, og det ser ikke ut til å være enighet om en standard definisjon. Maniglio (2011) skiller i sin litteraturgjennomgang mellom to hovedtrekk ved selvskading, om den er potensielt dødelig (for eksempel å bevisst ta overdose eller kutte seg) eller ikke-dødelig (for eksempel å fjerne seg fra sin Gud eller hindre sår i å gro), og selvskading med eller uten selvmord som hensikt. Klonsky (2007) definerer derimot i sin litteraturgjennomgang selvskading som bevisst og direkte skading av sin egen kropp uten selvmord som hensikt. Den vanligste formen for selvskading er å kutte seg selv i huden, da 70 - 97 % av rapporterte tilfeller består av dette. Deretter kommer dunking eller slåing av kroppslegemer og å brenne seg (se litteraturgjennomgang Klonsky, 2007).

Prevalensen av selvskading varierer med utvalget som studeres, hvor forekomsten i kliniske populasjoner er høyere enn i ikke-kliniske (Evren & Evren, 2005; Parker et al., 2005). Selvskading er diagnostisk særlig assosiert med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, hvor det i ICD-10 er et av diagnosetrekken (Verdens helseorganisasjon, 2005). Også andre diagnosegrupper er assosiert med økt fare for

selvskading, deriblant depresjon, angstlidelser, ruslidelser og spiseforstyrrelser (Hawton, Houston, & Townsend, 2001; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003). I en undersøkelse med et representativt utvalg av norske skoleelever på første trinn i videregående skole hadde 10.7 % av elvene på et tidspunkt selvskadet seg, hvorav 6.6 % innen det siste året (Ystgaard, Reinholdt, Husby, & Mehlum, 2003). Dette er konsistent med andre lands tall, for eksempel Sverige, USA og England (Eaton et al., 2012; Edgardh & Ormstad, 2000; Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002).

Flere studier har funnet at selvskading er vanligere hos kvinner enn hos menn (se for eksempel Hawton et al., 2002; Schmidtke et al., 1996; Ystgaard et al., 2003), mens andre studier indikerer at det er like vanlig hos begge kjønn (se for eksempel Briere & Gil, 1998; Edgardh & Ormstad, 2000; Gratz, 2001; Klonsky et al., 2003). Bille-Brahe et al. (1997) fant at på kryss av 13 land varierte forholdet mellom menn og kvinner fra 1:1.2 til 1:2.4. Årsaken til kjønnsforskjellene kan muligens tilskrives økt forekomst av depresjon, spiseforstyrrelse og tidligere involvering i romantiske forhold hos kvinner (Wichstrøm & Rossow, 2002), mens andre har foreslått at det kommer av tillærte kjønnsforskjeller, hvor kvinner i større grad agerer mot seg selv ved overveldende følelser (McAllister, 2003).

Forekomsten av selvskading varierer med alderen, men forekommer sjeldent før ungdomsårene. Kvinner har størst risiko for selvskading som er så alvorlig at de trenger å oppsøke medisinsk hjelp når de er i alderen 15-24 år. For menn er denne risikoen størst i alderen 25 – 34 år (Schmidtke et al., 1996). I studier om selvskadende atferd vil dermed utvalgets alder kunne påvirke prevalens og kjønnsforskjeller. Eldre mennesker selvskader sjeldent, men de er funnet oftere å oppgi selvmord som målet med handlingen (Hepple & Quinton, 1997).

Sammenhengen mellom CSA og selvskading er konsistent, men kun svak til moderat i styrke (Maniglio, 2011). CSA blir derfor sett på som en generell og uspesifikk prediktor for selvskading, hvor CSA sannsynligvis kun har en indirekte virkning. Flere studier har vist at når det kontrolleres for andre negative oppvekstbetingelser og miljøfaktorer mister CSA sin prediktive verdi. Dette er for eksempel foreldres psykopatologi, fysisk eller psykisk misbruk, lengre separasjon fra foreldre i barndommen, skilte foreldre, foreldrekonflikt, partnervold (Dubo, Zanarini, Lewis, & Williams, 1997; Edgardh & Ormstad, 2000; Evren & Evren, 2005; Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000; Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Johnson et al., 2002; Parker et al., 2005). Særlig psykisk vold og emosjonell neglekt er funnet å kunne predikere selvskading, mens fysisk vold ser ut til å ha mindre betydning (Croyle & Waltz, 2007; Gladstone et al., 2004; Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007; Goldstein, Flett, Wekerle, & Wall, 2009; Gratz et al., 2002; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006).

Selvskadingens funksjon kan gi innsikt i psykisk vold og emosjonell neglekts påvirkning på selvskading. Det er tidligere gjort rede for at barndomstraumer og utilstrekkelig emosjonell støtte fra foreldre, for eksempel i form av psykisk vold og emosjonell neglekt, kan føre til at barnet ikke utvikler et tilstrekkelig godt indre reguleringssystem for følelser (Nordanger & Braarud, 2014). Flere kvalitative og kvantitative studier har funnet at hovedfunksjonen til selvskading er å lette negative følelser (se Klonsky, 2007 for en systematisk gjennomgang av disse). I slike tilfeller har selvskadingen en ytre emosjonsregulerende funksjon som deltagerne tyr til når de opplever at følelsene blir overveldende, i mangel på et indre reguleringssystem (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Opplevelsen av å lette de negative følelsene blir en

negativ forsterker for selvskadingen, og slik kan det utvikle seg til å bli en maladaptiv mestringsstrategi. Fra dette perspektivet vil gode oppvekstbetingelser kunne ha en avgjørende beskyttende effekt mot selvskading. Dette er i tråd med resultater fra for eksempel Gladstone et al. (2004), som fant at høy likhet til personlighetsforstyrrelser preget av dårlig affektregulering forklarte CSA-utsattes grad av selvskading. Psykisk vold kan også bidra til selvskading gjennom å påvirke den utsattes tankemønster i negativ retning. Psykisk vold angriper barnets selvfølelse og velvære, og er vist å internaliseres hos den utsatte som selvkritiske tankemønstre (Glassman et al., 2007). Forholdet mellom psykisk vold og selvskading ble mediert av grad av selvkritiske tanker, og selvskadingen fungerte som straff for å være for dårlig i andres øyne og å ikke strekke til (Glassman et al., 2007). Dette er på kryss av studier rapportert som den nest vanligste funksjonen til selvskading, etter emosjonsregulering (Klonsky, 2007).

Studiens formål

Forskning på ettervirkninger av seksuelt overgrep mot barn (CSA) har i senere tid fokusert mer på aspekter ved barnets miljø, sammenlignet med et tidligere fokus på aspekter ved overgrepet og den utsatte (Murthi & Espelage, 2005; Ramírez et al., 2011). Et gjennomgående tema i litteraturen om virkningen av barnets miljø er viktigheten av emosjonsregulering, og at utviklingen av det skjer i samspill med andre (se for eksempel Bronfenbrenner, 1986; Hinson et al., 2002; Perry, 2009).

Vi undersøkte i denne studien effekten av oppvekstbetingelser hos CSA-utsatte på opplevd sosial støtte og grad av selvskading i voksen alder. CSA-utsatte opplever ofte et vidt spekter av negative oppvekstbetingelser, som er funnet å gi langvarige negative effekter (Cloitre et al., 2009; Dong et al., 2004). Positive oppvekstbetingelser er funnet å ha en beskyttende effekt på den CSA-utsatte (Howell, 2011; Marriott et al.,

2014). Slike studier er viktig, men fortsatt er det lite forskning på effekt av ulike oppvekstbetingelser hos spesielt utsatte grupper. I tillegg er opplevd sosial støtte, til vår viten, lite forsket på som en utfallsvariabel, til tross for viktigheten av sosiale relasjoner i daglig fungering. Det er et konsistent funn at CSA-utsatte har en økt risiko for selvskading, men andre oppvekstbetingelser ser også ut til å være avgjørende for om man begynner med selvskading. Å undersøke dette forholdet i spesielt utsatte grupper vil derfor kunne gi en verdifull forståelse av selvskading.

På bakgrunn av eksisterende forskning og teori forventer vi for vår studie at høyere skåre på negative oppvekstbetingelser er assosiert med 1) mindre opplevd støtte fra familie, venner og en spesiell annen, og 2) høyere skåre på selrapportert selvskading.

Metode

Prosedyre og etikk

Dataene i denne studien er hentet fra en større, longitudinell undersøkelse om seksuelle overgrep, *Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA)*. Deltagerne ble rekruttert fra fire støttesentre for personer utsatt for incest eller seksuelle overgrep: Støttesenter mot incest i Oslo, Senter mot incest og seksuelle overgrep i Sør-Trøndelag, Senter mot incest og seksuelle overgrep i Hordaland; og Støttesenteret mot seksuelle overgrep i Rogaland. Sentrene har hatt ansvaret for å distribuere spørreskjemaene. Hver deltager mottok et spørreskjema bestående av flere selvrapporteringsinstrumenter, sammen med et informasjonsbrev om studien, konfidensialitet og frivilligheten av å delta. Deltagelsen var anonym og hver deltager ble gitt en kode som kun sentrene kunne koble til navn. Samtykke til å delta ble gitt passivt ved å svare på spørreskjemaet, som deretter ble sendt i en ferdig frankert svarkonvolutt til Universitetet i Bergen. Én påminnelse ble gitt til de som ikke returnerte svarskjema. De som ikke svarte etter dette

ble trukket fra studien. Det ble ikke gitt kompensasjon for deltagelsen. Vi har bidratt med utsending av spørreskjema og stått for jevnlig kontakt med støttesentrene for logging av besvarelser og frafall av respondenter.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Personvernombudet for forskning, Helsedirektoratet og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Vest-Norge.

Deltagerne

Spørreskjemaet ble sendt ut til 1406 personer, hvorav 458 personer responderte på undersøkelsen. Dette tilsvarer en svarprosent på 32.6 %. Av de 458 personene var det 434 kvinner og 23 menn, samt én person som ikke oppga kjønn. Utvalget besto dermed av 94.8 % kvinner og 5.2 % menn. Respondentenes alder var fra 18 til 73 år ($M = 39.7$, $SD = 11.9$). Gjennomsnittsalderen for første overgrep var 6.5 år, med en aldersspredning fra 0 til 24 år ($SD = 3.9$). Alder for siste overgrep varierte fra 3 til 54 år ($M = 17$, $SD = 8.3$). Antall overgripere varierte fra 1 til 30 personer ($M = 2.7$, $SD = 3$). I 81.2 % av tilfellene var overgriper i familie med respondenten. Respondentenes latenstid (hvor lang tid det tok før de fortalte noen om hendelsen[e]) varierte fra < 1 måned til 50 år. Gjennomsnittlig latenstid var 17 år og 5 måneder ($SD = 12$ år og 2 måneder).

Spørreskjemaet

Oppvekstbetingelser. Det ble gitt syv spørsmål om oppvekstbetingelsene. Spørsmålene handlet om deltagerne hadde opplevd selv å bli, eller at andre i familien ble, utsatt for fysisk eller psykisk vold fra noen i eller utenfor familien, og hvorvidt de opplevde å bli tatt godt vare på, og å føle seg trygg og elsket. Spørsmålene ble besvart langs en firepunkts-skala, fra *Nei, sjeldent/aldri* til *Ja, veldig ofte/alltid*.

Spørsmål 1-3 omhandlet om de selv var blitt utsatt for psykisk eller fysisk vold fra noen i familien i oppveksten, eller om de hadde bevitnet andre i familien bli det. Eksempel på spørsmål er *Jeg ble utsatt for fysisk og/eller psykisk vold fra andre utenfor familien (jeg ble utsatt for mobbing på skolen el.l.)*. Spørsmål 4 var vedrørende psykisk eller fysisk vold fra noen utenfor familien, for eksempel mobbing. Spørsmål 5 spurte om de var blitt nødt til å ta vare på andre i familien på grunn av at mor eller far ikke var i stand til det, for eksempel på grunn av rusproblemer. Eksempel på spørsmål er *Jeg måtte ta vare på andre i familien, fordi far/mor ikke klarte det selv (pga. sykdom/rusproblemer og liknende)*. Spørsmål 6-7 omhandlet om deres fysiske og psykiske behov var blitt tatt vare på av familien. Totalskåren for oppvekstbetingelser ble kalkulert ved å summere skåren på spørsmål 1-7. Spørsmål 6 og 7 skilte seg ut fra spørsmål 1-5 ved at de undersøkte positive oppvekstbetingelser, i motsetning til negative. For regresjonsanalysen ble de derfor reversert slik at høy skåre reflekterte dårlige oppvekstforhold, likt som spørsmål 1-5. En høy skåre reflekterer høy tilstedeværelse av negative oppvekstbetingelser. Se tabell A1 for spørreskjema.

Sosial støtte. For å måle opplevd sosial støtte ble *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support* benyttet (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Den består av tolv ledd som spør om opplevd sosial støtte fra familie, venner og andre spesielle. *En spesiell annen* referer til en enkeltperson i respondentens sosiale nettverk. Svaralternativene går langs en syvpunktsskala, fra *Svært sterkt uenig* til *Svært sterkt enig*. Eksempel på spørsmål er *Jeg har en spesiell person som er tilgjengelig når jeg har det vanskelig* og *Jeg kan regne med mine venner når ting går galt*.

Faktoranalyser har bekreftet familie, venner og spesielle andre som de tre sterkeste faktorene, hvorav familie og venner er de to sterkeste (Clara, Cox, Enns,

Murray, & Torgrudc, 2003; Zimet et al., 1988). Skalaen er vist å ha god intern og test-retest-reliabilitet, og moderat konstruktvaliditet (Zimet et al., 1988). Cronbachs alfa for familie, venner og signifikante andre var henholdsvis .87, .85 og .91. Se tabell A2 for spørreskjema.

Selvskading. Selvskading ble målt med *Self-Harm Inventory*, som består av 22 ledd (Sansone & Sansone, 2010). Leddene omhandler selvskadingsatferd og besvares med Ja/Nei. Ved Ja-svar ble de bedt om å spesifisere hvor mange ganger og når de sist gjorde det. Eksempel på spørsmål er *Har du noen gang med vilje: Tatt overdose, kuttet deg selv, eller selv sørget for å bli avvist i et nært forhold*. I tillegg ble det spurt om de noen gang har utført andre selvdestruktive handlinger enn det som ble spurt om, og i så fall bedt om å spesifisere hva, hvor ofte og når de sist gjorde det. Se tabell A3 for spørreskjema.

Statistiske analyser

Til analysene ble programmet IBM SPSS Statistics, versjon 22, benyttet. Hypotesene ble testet med multippel hierarkisk regresjonsanalyse. De avhengige variablene var opplevd sosial støtte og selvskading. I trinn 1 ble prediktorene kjønn og alder lagt inn, og i trinn 2 alder ved første overgrep. I trinn 3 ble prediktorvariabelen oppvekstbetingelser lagt inn. Manglende data ble ekskludert parvis. Signifikansverdi ble satt til $p < .05$. Assosiasjon mellom spesifikke ledd i oppvekstbetingelser og opplevd sosial støtte og selvskading ble testet med Pearsons korrelasjonsanalyse, signifikansverdi $p < .05$. Korrelasjonsverdier i intervallene 0.1-0.29, 0.3-0.49 og 0.5-1.0 ble definert som henholdsvis lav, middels og høy.

Det ble utført analyser for å sjekke at det ikke var brudd på statistiske antagelser om linearitet, normalitet og multikollinearitet.

Resultater

Opplevd sosial støtte

Totalskåre. I trinn 1 ble prediktorvariablene kjønn og alder lagt inn. Trinn 1 forklarte 4.1 % av variansen til totalskåren for opplevd sosial støtte, $F(2, 363) = 8.8, p < .001$. I trinn 2 ble alder ved første overgrep inkludert, hvilket bidro med ytterligere 0.6 %, noe som økte den totale forklarte variansen til 4.7 %, $F(3, 362) = 7.0, p < .001$. Oppvekstbetingelser ble innlemmet i analysens trinn 3 og bidro med ytterligere 6.9 %, hvilket økte den totale forklarte variansen til 11.6 %, $F(4, 361) = 13.0, p < .001$. I denne modellen var graden av opplevd sosial støtte negativt korrelert med kjønn, $\beta = -.108, p = .029$; alder, $\beta = -.134, p = .008$; og oppvekstbetingelser, $\beta = -.286, p < .001$. En oppsummering av resultatene fra alle regresjonsanalysene finnes i Tabell 1.

Det var en statistisk signifikant, men lav negativ korrelasjon mellom alle de negative oppvekstbetingelsene og totalskåren for opplevd sosial støtte, hvor det å måtte ta vare på andre i familien hadde den sterkeste korrelasjonen, $r = -.28$. Det var en signifikant lav positiv korrelasjon mellom opplevd sosial støtte, totalt sett, og det å ha følt seg fysisk tatt godt vare på i familien, $r = .28$, og å ha følt seg trygg, elsket og verdsatt i familien, $r = .28$. Se tabell 2 for en fullstendig oversikt over alle korrelasjonsanalysene.

Familie. Trinn 1 i regresjonsanalysen forklarte 1.1 % av variansen til opplevd sosial støtte fra familie, $F(2, 363) = 3.0, p = .053$. Variablene i trinn 2 bidro med ytterligere 2.7 %, noe som økte den totale forklarte variansen til 3.8 %, $F(3, 362) = 5.8, p = .001$. Variablene i trinn 3 bidro med ytterligere 12 %, noe som øket den totale forklarte variansen til 15.8 %, $F(4, 361) = 18.2, p < .001$. I denne modellen var

oppvekstbetingelser negativt korrelert med opplevd sosial støtte fra familie, $\beta = -.37$, $p < .001$.

Alle de negative oppvekstbetingelsene var signifikant lavt til moderat negativt korrelert med opplevd sosial støtte fra familien. Psykisk vold fra en i familien var sterkest korrelert, $r = -.33$. Videre var det en signifikant moderat positiv korrelasjon mellom opplevd sosial støtte fra familie og å ha følt seg fysisk tatt godt vare på i familien, $r = .30$, og det å ha følt seg trygg, elsket og verdsatt i familien, $r = .41$.

Venner. Trinn 1 i regresjonsanalysen forklarte 2.3 % av variansen til opplevd sosial støtte fra venner, $F(2, 363) = 5.2$, $p = .006$. Variablene i trinn 2 reduserte den forklarte variansen til 2.0 %, $F(3, 362) = 3.5$, $p = .015$. Variablene i trinn 3 bidro med ytterligere 2.7 %, noe som økte den forklarte variansen til 4.7 %, $F(4, 361) = 5.5$, $p < .001$. I denne modellen var opplevd sosial støtte fra venner negativt korrelert med kjønn, $\beta = -.14$, $p = .01$; og oppvekstbetingelser, $\beta = -.18$, $p = .001$.

Alle de negative oppvekstbetingelsene, med unntak av fysisk vold fra familie, var statistisk signifikant, lavt korrelert med opplevd sosial støtte fra venner. Det å måtte ta vare på andre i familien var sterkest korrelert, $r = -.21$. Videre var opplevd sosial støtte fra venner signifikant lavt positivt korrelert med å ha blitt fysisk tatt vare på av familien, $r = .16$.

En spesiell person. Trinn 1 i regresjonsanalysen forklarte 4.3 % av variansen til opplevd sosial støtte fra en spesiell person, $F(2, 363) = 9.2$, $p < .001$. Variablene i trinn 2 reduserte den totale forklarte variansen til 4.2 %, $F(3, 362) = 6.4$, $p < .001$. Variablene i trinn 3 bidro med 0.5 %, noe som økte den totale forklarte variansen til 4.7 %, $F(4, 361) = 5.5$, $p < .001$. I denne modellen var opplevd sosial støtte fra en spesiell person negativt korrelert med alder, $\beta = -.12$, $p = .001$; og kjønn, $\beta = -.17$, $p = .023$.

Av de negative oppvekstbetingelsene var det kun å måtte ta vare på andre i familien som var signifikant lavt negativt korrelert med opplevd sosial støtte fra en spesiell person, $r = -.15$. Videre var det en signifikant, lav positiv korrelasjon mellom opplevd sosial støtte fra en spesiell person og å ha følt seg fysisk tatt godt vare på i familien, $r = .15$, og det å ha følt seg trygg, elsket og verdsatt i familien, $r = .11$.

Selvskading

Trinn 1 i regresjonsanalysen, med prediktorvariablene kjønn og alder, forklarte 4.4 % av variansen til selvskading, $F(2, 346) = 9.1, p < .001$. Variablene i trinn 2 inkluderte også alder ved første og bidro med ytterligere 2.5 %, hvilket økte den totale forklarte variansen til 6.9 %, $F(3, 345) = 9.6, p < .001$. Inklusjonen av oppvekstbetingelser i trinn 3 bidro med ytterligere 18.3 %, noe som økte den forklarte variansen til 25.2 %, $F(4, 344) = 30.4, p < .001$. I denne modellen var selvskading positivt korrelert med kjønn, $\beta = .12, p = .011$, og oppvekstbetingelser, $\beta = .46, p < .001$. Alder var negativt korrelert med selvskading, $\beta = -.30, p < .001$.

Alle de negative oppvekstbetingelsene var statistisk signifikant, lavt til moderat positivt korrelert med selvskading. Psykisk vold fra familie var sterkest korrelert, $r = .34$. Videre var selvskading signifikant, lavt negativt korrelert med å oppleves av å ha blitt fysisk ivaretatt av familien, $r = -.24$, og å ha følt seg trygg, elsket og verdsatt av familien, $r = -.19$.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvorvidt ulike negative oppvekstbetingelser kunne forklare grad av opplevd sosial støtte og selvskading i voksen alder i et utvalg bestående av personer utsatt for seksuelle overgrep som barn. Hypotesene våre var at høy skåre på negative oppvekstbetingelser ville være assosiert

med mindre grad av opplevd støtte fra familie, venner og en spesiell annen, og høyere grad av selvskading.

Resultatene våre viste at en høy skåre på negative oppvekstbetingelser var assosiert med å rapportere om en mindre grad av opplevd sosial støtte fra familie og venner. Større grad av negative oppvekstbetingelser i barndommen var også assosiert med høy skåre på selvskading i voksen alder. Våre hypoteser om sammenhengen mellom oppvekstbetingelser og opplevd sosial støtte ble bekreftet, med unntak av opplevd støtte fra en spesiell person. Hypotesen om sammenhengen mellom oppvekstbetingelser og grad av selvskading ble også bekreftet.

Opplevd sosial støtte

Opplevd sosial støtte, totalskåre. Negative oppvekstbetingelser var en signifikant prediktor for grad av opplevd støtte fra sitt sosiale nettverk i voksen alder. Vi fant at en høyere skåre på negative oppvekstbetingelser var assosiert med mindre grad av opplevd sosial støtte. *Post hoc*-analysene viste at alle spørsmålene om oppvekstbetingelsene var korrelert med totalskåren på opplevd støtte. Å ha blitt utsatt for eller vært vitne til ulike former for vold og omsorgssvikt var assosiert med mindre grad av opplevd sosial støtte i voksen alder. Det å ha blitt godt ivaretatt av sin familie, og det å ha følt seg trygg og elsket, var assosiert med økt grad av opplevd sosial støtte. Dette er i overensstemmelse med tilknytningsteori, som vektlegger at tidlige relasjoner farger hvorvidt man senere vurderer andre mennesker som potensielt trygge og støttende eller som potensielt farlige (Bowlby, 1977; Perry, 2009). Mennesker som i voksen alder innehar en trygg tilknytningsstil, fasilitert av trygge oppvekstbetingelser, har større tiltro til at andre kan bistå dem med støtte, og vil også i større grad be om og motta den støtten de trenger (Ognibene & Collins, 1998; Simpson, Rholes, & Nelligan,

1992). Denne tendensen er i overensstemmelse med våre funn om at oppvekstbetingelser predikerer grad av opplevd sosial støtte.

Opplevd sosial støtte fra familie. Oppvekstbetingelser kunne forklare en moderat grad av opplevd støtte fra familien. Jo høyere skåre på negative oppvekstbetingelser, jo mindre støtte rapporterte de å oppleve fra sin familie. At oppvekstbetingelser forklarte spesielt mye av variansen til akkurat opplevd sosialt støtte fra familie virker naturlig, da spørsmålene vedrørende oppvekst primært omhandler negative erfaringer innad i familien. Personene som bidro til oppvekstbetingelsene er i stor grad de samme som kan stå for den familiære sosiale støtten i dag. Vokser man opp i en familie hvor man ikke blir utsatt for vold og omsorgssvikt, og føler seg trygg og elsket, vil denne familien også i voksen alder trolig oppleves som en kilde til støtte.

En annen forklaring er at de CSA-utsatte som i voksen alder opplever å bli støttet av sin familie i retrospekt vurderer familien sin som mer ivaretagende i oppveksten enn reelt. Selv om oppvekstbetingelser handler om fortid og opplevd sosial støtte er en nåtidsvariabel, er spørsmål vedrørende begge variablene besvart samtidig og nåværende forhold vil kunne farge vurderingen av fortiden (Hardt & Rutter, 2004). For eksempel vil respondentenes kognitive fortolkningsstil påvirke hvor mye støtte som faktisk blir oppfattet og kan huskes, i tråd med resultatene fra Lakey og Cassady, 1990. En person med en mer negativ fortolkningsstil vil huske færre episoder med adekvat støtte fra sitt nettverk, uavhengig av hvor mye støtte han eller hun faktisk har mottatt.

I trinn 2 av analysene var alder ved første overgrep en signifikant prediktor for opplevd sosial støtte fra familien, men da oppvekstbetingelser ble lagt til i trinn 3, forsvant denne signifikansen. Dette betyr at de to variablene forklarer noen av de samme aspektene ved hverandre, noe som bekreftes av at de viste seg å være moderat

negativt korrelert med hverandre ($r = -.31$). Dette kan kanskje forstås i lys av at seksuelle overgrep begått av familiemedlemmer i snitt begynner tidligere enn overgrep begått av noen utenfor familien (Beitchman et al., 1992). Gjennomsnittlig alder for første overgrep i vårt utvalg var relativt lavt, 6.5 år. Samtidig oppgav 81.2 % av deltagerne i vår studie at et familiemedlem var overgriperen. Seksuelle overgrep innad i en familie medfører ofte lavere grad av tilstrekkelig støtte fra den ikke-overgripende omsorgsgiver (Elliott & Carnes, 2001). Assosiasjonen mellom alder ved første overgrep, kvalitet på oppvekstbetingelser og opplevd sosial støtte fra familie i voksen alder kan være et uttrykk for denne omsorgssvikten.

Opplevd sosial støtte fra familie var den eneste underkategorien av sosial støtte hvor hverken kjønn eller alder på svartidspunkt hadde prediksjonsverdi. En forklaring er at oppvekstbetingelser i seg selv har så mye å si for opplevd sosial støtte fra familie, at den forklarende verdien som kjønn og alder bidrar med er ikke-signifikant.

Post hoc-analysene viste at samtlige negative oppvekstbetingelser var assosiert med mindre grad av opplevd støtte, noe som understreker betydningen oppvekstbetingelser kan ha for opplevd sosial støtte. De sterkeste korrelasjonene var mellom sosial støtte og spørsmål om psykisk og fysisk vold under oppvekst. Dette kan gjenspeile den sterke effekten mangel på psykisk trygghet og opplevd omsorg kan ha (Briere & Elliott, 1994; Perry, 2009).

Opplevd sosial støtte fra venner. Gode oppvekstbetingelser i barndommen var assosiert med en større grad av opplevd sosial støtte fra venner. Sett i lys av at gode oppvekstbetingelser fasiliterer en trygg tilknytningsstil (Perry, 2009; Schore & Schore, 2008), er dette i overensstemmelse med Ognibene og Collins (1998) sine funn. Ognibene og Collins (1998) fant at unge voksne med en trygg tilknytningsstil, i

motsetning til utrygg, opplevde mer sosial støtte fra sine venner og aktivt oppsøkte denne støtten selv i stressende hendelser.

Seksuelle overgrep begås oftest av noen barnet kjenner, hvilket innebærer et enormt tillitsbrudd (Briere & Elliott, 1994). Mange CSA-utsatte kan reagere med sosial tilbaketrekning og vise mistillit til potensielle venner, noe som vil innskrenke deres mulighet for å oppleve sosial støtte (Briere & Elliott, 1994). Hele 81.2 % av vårt utvalg var utsatt for overgrep av en som opprinnelig skulle være en trygg omsorgsperson, og evnen og viljen til å gå inn i fortrolige relasjoner kan ha blitt svekket av dette forholdet. Effekten var imidlertid svak, som tyder på at mange andre faktorer også påvirker.

Post hoc-analysene viste at det kun var fire av syv spørsmål om oppvekstbetingelser som var korrelert med opplevd sosial støtte fra venner. Å ha vært vitne til psykisk/fysisk vold i familien, å ha blitt utsatt for fysisk/psykisk vold fra andre utenfor familien, å ha måttet ta vare på noen i familien, samt ikke å ha blitt fysisk godt tatt vare på av sin familie var assosiert med lavere grad av opplevd støtte fra venner. Oppvekstbetingelser var kun svakt assosiert med opplevd sosial støtte fra venner, som kan sies å være et oppløftende funn. For til tross for at en betydelig del av utvalget har blitt utsatt for intrafamiliære overgrep og andre negative oppvekstbetingelser, synes ikke dette å ha hatt innvirkning på grad av opplevd støtte fra venner på samme måten som fra familien. Å ha måttet ta vare på familiemedlemmer i oppveksten var sterkest assosiert med lavere grad av opplevd sosial støtte. Denne spesifikke oppvekstbetingelsen vil vi komme tilbake til noe senere i diskusjonen.

Opplevd sosial støtte fra en spesiell person. Oppvekstbetingelser kunne ikke signifikant predikere opplevd sosial støtte fra en spesiell person. Dette synes å bryte med teoretiske antagelser og forskningsfunn om at relasjonelle arbeidsmodeller og

tilknytningsstil i barndommen i stor grad påvirker relasjoner også i voksen alder (Bowlby, 1977; Ognibene & Collins, 1998; Perry, 2009).

I *post hoc*-analysene kom det fram at tre av syv underkategorier av oppvekstbetingelser var korrelert med opplevd sosial støtte fra en spesiell person. Å ha blitt fysisk godt tatt vare på, å ha følt seg elsket av familien, samt å måtte ta vare på andre i familien var svakt korrelert med opplevd sosial støtte. Å ha blitt utsatt for psykisk eller fysisk vold fra noen utenfor familien var ikke signifikant korrelert med opplevd sosial støtte fra en spesiell person. På tross av å ha blitt utsatt for negative opplevelser fra noen i sitt ekstrarfamiliære nettverk, har ikke effektene av det vært store nok til å gi utslag i våre analyser. En forklaring kan være at de har opplevd sosial støtte fra andre sider av det sosiale nettverket, og at dette har hatt en god effekt som har kompensert.

Det var i denne studien relativt få spørsmål om oppvekstbetingelser, kun syv ledd. Det er derfor rimelig å tenke at det er aspekter ved oppvekstbetingelser som denne studien ikke har favnet om. At oppvekstbetingelsene i våre analyser ikke kunne forklare grad av opplevd sosial støtte fra en spesiell person, kan bety at det er spesifikke oppvekstbetingelser som ikke ble undersøkt i denne studien som er utslagsgivende for denne formen for sosial støtte

Å måtte ta vare på andre i familien. Vi ønsker spesielt å løfte fram ett spørsmål om oppvekstbetingelsene, lydende *Jeg måtte ta vare på andre i familien, fordi far/mor ikke klarte det selv (pga. sykdom/rusproblemer og liknende)*. Dette var det enkelt-spørsmålet om oppvekstbetingelser som var sterkest korrelert med opplevd sosial støtte fra både venner og en spesiell person. Barn og unge som må ta på seg omsorgsoppgaver som de er for unge til, som å hente småsøsken i barnehagen eller

passer på at mamma får spist, har i litteraturen blitt kalt unge omsorgsgivere (*young carers*; Charles, Stainton, & Marshall, 2009). Disse barna preges i stor grad av å måtte sette andres behov foran sine egne, hvilket går ut over både skolegang og sosiale fungering (Charles et al., 2009). Et barn som har vokst opp som en ung omsorgsgiver har mistet mye verdifull tid til å omgås jevnaldrende barn. Dette gjør det vanskeligere for dem å få venner og utvikle sosiale ferdigheter i takt med sin egen aldersgruppe (Barry, 2011). De unge omsorgsgiverne kan slik bli hengende etter sosialt inn i voksenlivet, og finne det utfordrende å danne relasjoner til jevnaldrende. Dette kan forklare assosiasjonen mellom å ha måttet ta på seg en omsorgsrolle i for ung alder og lavere grad av opplevd sosial støtte fra venner og en spesiell person i voksen alder.

Vi forventet i denne studien at oppvekstbetingelser skulle predikere opplevd sosial støtte fra flere typer sosiale relasjoner. I vårt utvalg hadde imidlertid oppvekstbetingelser lav prediktiv verdi for opplevd vennestøtte og ingen prediksjonsevne for opplevd støtte fra en spesiell person. Dette kan sies å være et positivt funn, da det kan bety at en dårlig oppvekst ikke trenger å fungere som et hinder for å bygge relasjoner og oppleve sosial støtte i voksen alder. Sosial støtte er generelt forsket lite på som et utfallsmål, noe som gjør direkte sammenligning med andre studier vanskelig. Funnene fra denne studien er da desto viktigere, som preliminare funn senere forskning kan bygge videre på.

Kjønn. Mennene i denne studien rapporterte i større grad enn kvinnene å motta sosial støtte fra sine venner og en spesiell person. Kjønnforskjellen kan bety at menn mottar større grad av sosial støtte, at de får en mer adekvat form for støtte eller at menn har lavere forventinger til sosial støtte sammenlignet med kvinner, og slik lettere vurderer støtten de mottar som adekvat. Ettersom denne studien måler den opplevde

sosiale støtten kan vi ikke si noe om hva den faktiske forskjellen går i. Da opplevd sosial støtte er assosiert med bedre mestring av stressorer og mindre psykopatologi (Newsom & Schulz, 1996), kan kjønnsforskjellen kan være et uttrykk for en generelt bedre psykososial fungering hos utvalgets mannlige respondenter. Noen studier har funnet betraktelig lavere risiko for psykopatologisk utvikling hos mannlige CSA-utsatte (Molnar et al., 2001; Åslund et al., 2007), som kan være forenlig med større grad av opplevd sosial støtte hos mennene i dette utvalget. Imidlertid bestod utvalget i denne studien kun 23 menn (5 %), som gjør det vanskelig å tolke resultatene om kjønnsforskjeller.

Alder. De yngre deltagerne rapporterte større grad av opplevd sosial støtte enn de eldre. Denne aldersforskjellen gjaldt kun for sosial støtte fra en spesiell person, ikke fra familie og venner. En mulig forklaring for dette kan være kategoriene deltagerne bruker på de rundt seg. For en ung deltager vil en spesielt nær venn eller kjæreste kunne falle inn under kategorien *en spesiell annen*. For de eldre har kanskje denne tidligere kjæresten nå blitt ektefelle eller samboer, hvor det kan være nærliggende å tenke at de nå blir kategorisert under *familie*. Det ble i spørreskjemaet ikke gitt noen eksempler for kategoriene, så deltagerne sto fritt til å tolke dette selv. Dersom denne antagelsen stemmer, vil yngre respondenter i større grad enn eldre rapportere om opplevd sosial støtte fra en spesiell person, hvilket kan forklare denne aldersforskjellen.

Generelt er det funnet at den sosiale støtten fra venner øker med alderen (Ullman, 2002), men dette gjelder kun fra barndom til ungdomsalderen. Alle deltagerne i denne studien var over 18 år gamle, noe som forklarer at det ikke var signifikante aldersforskjeller i opplevd sosial støtte fra venner i vårt utvalg.

Selvskading

Vår hypotese om at høyere grad av negative oppvekstbetingelser predikerer økt grad av selvskading ble bekreftet. Effekten var moderat-høy, noe som understreker oppvekstbetingelsers betydning for senere symptomer. Funnet var forventet ut i fra teori og empiri om selvskading som emosjonsregulerende atferd, hvor emosjonell støtte og oppfølging gjennom barndommen er avgjørende for tillæring av selvregulerende prosesser (Klonsky, 2007; Nordanger & Braarud, 2014). Resultatene er i tråd med større oppsummeringsstudier, som har funnet at negative opplevelser i barndommen, især innad i familien, øker den utsattes risiko for senere selvskading (Maniglio, 2009). Faktorer som tidligere studier har funnet å vært høy korrelert med eller å moderere forholdet mellom CSA og selvskading var i vår studie inkludert under spørsmål om oppvekstbetingelser (Croyle & Waltz, 2007; Gladstone et al., 2004; Whitlock et al., 2006). For eksempel fant Gladstone et al. (2004) at ha opplevd emosjonell neglekt og psykisk vold i barndommen predikerte økt selvskading blant et utvalg deprimerede kvinner.

I lys av dette testet vi derfor om enkelte av våre spørsmål om oppvekstbetingelser var sterkere korrelert med selvskading enn andre, da spesielt de omhandlende emosjonell ivaretagelse. *Post hoc*-korrelasjonsanalysene viste at de oppvekstbetingelsene som var høyest korrelert med selvskading var psykisk vold fra en i familien, og det å oppleve psykisk eller fysisk vold fra noen utenfor familien. Disse funnene er i tråd med studier på effekt av psykisk vold (Croyle & Waltz, 2007; Gladstone et al., 2004; Glassman et al., 2007; Goldstein et al., 2009). Det å ha opplevd psykisk vold som barn var assosiert med utvikling av selvskading i kliniske og ikke-kliniske populasjoner (Croyle & Waltz, 2007; Gladstone et al., 2004; Glassman et al., 2007; Goldstein et al., 2009). Det ble i én studie også funnet støtte for emosjonell

neglekts påvirkning på selvskading (Gladstone et al., 2004). Goldstein et al. (2009) argumenterer at effekten av psykisk vold kan komme til uttrykk gjennom flere forskjellige variabler, for eksempel som personlighetsfaktorer og kognitive sårbarheter, og at dette sees som medierende variabler i andre studier. Personlighetsfaktorene kan være problemer med affektregulering eller gjennomgripende selvkritiske tankemønstre (funnet av Gladstone et al., 2004; Glassman et al., 2007), og kognitive sårbarheter kan være tilbøyelighet til å oppleve depressive episoder (funnet av Goldstein et al., 2009). Flere studier på medierende variabler for psykisk vold og selvskading må til for å nærmere undersøke dette forholdet.

Noe overraskende var det at oppvekstspørsmålet om å ha følt seg trygg, elsket og verdsatt i familien, var den oppvekstbetingelsen som var svakest korrelert med selvskading. Forholdet mellom psykisk vold og emosjonell neglekt kan være en forklaring. Psykisk vold defineres som verbale angrep på barnets selvfølelse og velvære, eller andre nedverdiggende handlinger utført av en eldre person; mens emosjonell neglekt er å ikke imøtekomme barnets grunnleggende emosjonelle og psykologiske behov, for eksempel kjærlighet og støtte (fra *Child Trauma Questionnaire*, Bernstein et al., 1994). Å bli utsatt for psykisk vold vil betydelig øke et barns behov for emosjonell ivaretagelse, og sådan vil emosjonell neglekt alltid være tilstede ved psykisk vold, om ingen kompenserer for det økte behovet. Spesielt når omsorgsgiver er uvitende om overgrepene vil ikke denne kompenseringen skje. Når disse to opptrer sammen kan de gi en kumulativt større effekt, og at dette reflekteres i våre resultater. Deltagerne i studien kan altså ha følt seg elsket og verdsatt, men at det ikke har vært i tilstrekkelig grad til å kompensere for det økte behovet. En slik kumulativ effekt av barndomstraumer er vist i også andre studier, tidligere gjort rede for i denne oppgaven

(Cloitre et al., 2009; Dong et al., 2004). Det kan argumenteres for den samme effekten ved fysisk vold, som var like svakt korrelert som å føle seg trygg, elsket og verdsatt. Imidlertid regnes fysisk vold som lettere for å bli oppdaget av utenforstående personer enn hva psykisk vold er, noe som øker sannsynligheten for at andre personer bidrar med støtte. En annen forklaring er at effekten er mindre fordi det ved fysisk vold er lettere for barnet å plassere skylden hos overgriper, enn hva det er ved psykisk vold. Den psykiske volden fungerer ved at den får barnet til å utvikle selvkritiske tanker som setter spørsmål ved egen selvverd, noe som motvirker en korrekt skyldplassering. Disse selvkritiske tankene kan ha en langvarig effekt den utsattes tankemønster, som i liten grad vil stemme overens med de faktiske forhold. Dette ble vist av Glassman et al. (2007), hvor de selvskadende deltagerne hadde en høy grad av selvkritiske tanker, som medierte forholdet mellom psykisk vold i barndommen og senere selvskading. De selvkritiske tankene stemte ikke overens med den rapporterte graden av kritikk fra andre. En annen mulig årsak til at å føle seg trygg, elsket og verdsatt i familien ikke var høyere korrelert er at den positive effekten denne oppvekstbetingelsen har gitt, ikke har vært nok til å veie opp for andre negative reaksjoner de har fått. Denne effekten ble sett hos Asberg og Renk (2013), hvor adekvate reaksjoner fra familie kun hadde positive effekt hos gruppen som også opplevde relativt lite negative reaksjoner.

Det er interessant at da oppvekstbetingelser ble lagt til i trinn 3 av analysen, var ikke alder ved første overgrep lengre signifikant, noe som også skjedde under analysen for sosial støtte fra familie. En mulig forklaring kan være det faktum at lav alder ved første overgrep er assosiert med intrafamiliære overgrep, som igjen er assosiert med verre utfall, blant økt grad av selvskading (Beitchman et al., 1992; Molnar et al., 2001; Rind, Tromovitch, & Bauserman, 1998). En annen forklaring kan være at de to

variablene, alder ved første overgrep og negative oppvekstbetingelser, forklarer noen felles faktorer som predikerer selvskading. Analysene viste at de var moderat, negativt korrelert med hverandre, altså at dårlige oppvekstbetingelser er assosiert med lavere alder ved første overgrep. Dårlige oppvekstforhold i form av dårligere oppfølging av foreldrene kan gjøre at de ikke plukker opp på risikosituasjoner barnet utsettes for, og dermed ikke får anledning til å hindre oppstarten av CSA. Unge barn som ikke får oppmerksomhet og bekreftelse hjemmefra kan søke ut etter den bekreftelsen fra andre, og slik i lavere alder komme i faresonen for CSA (Mullen et al., 1996). Lav alder for første overgrep er også vist å ofte innebære overgrep fra en i nærmeste familie, som igjen er assosiert med alvorligere overgrep med lengre varighet og større negative konsekvenser for den utsatte (Molnar et al., 2001; Rind et al., 1998; Ussher & Dewberry, 1995). I vårt utvalg var 81.2 % av overgrepene begått av en person i familie med den utsatte, noe som støtter opp om denne forklaringen.

Den utsattes kjønn predikerte grad av selvskading, hvor kvinner selvskadet mer enn menn. Denne kjønnsforskjellen er i tråd med annen forskning (Bille-Brahe et al., 1997). Disse resultatene bør imidlertid tolkes med forsiktighet, da kun 5 % deltagere var menn ($n = 23$).

Nåværende alder var negativt korrelert med selvskading, det vil si at de eldre deltagerne selvskadet mindre enn de yngre. Det kunne tenkes at de eldre har hatt lengre tid til å utvikle bedre mestringsstrategier til erstatning for selvskading. Spørsmålene om selvskading var imidlertid formulert slik at de ble bedt om rapportere grad av selvskading i et livsløp, noe som ekskluderer dette som en potensiell forklaring. Det kan være at de eldre feilaktig rapportere mindre selvskading på grunn av at det er vanskeligere for dem å nøyaktig huske så langt tilbake i tid, mens de yngre har det mer

friskt i minne. Vanligst alder for selvskading for kvinner er 15-24 år (Schmidtke et al., 1996), og det er dermed relativt lenge siden for de eldre deltagerne. Underrapportering av negative hendelser ved retrospektiv selvrappotering er vist å være relativt vanlig (Hardt & Rutter, 2004). Funnet vårt kan også være en effekt av kulturelle og samfunnsmessige forandringer over tid. I England var det fra 1985-1995 en økning på 50.9 % i ungdom som oppsøkte sykehus etter fysisk selvskading (Hawton, Fagg, Simkin, Bale, & Bond, 1997). Det er uvisst om denne trenden også fant sted i Norge, men det kan altså tenkes at den økende trenden forklarer at de eldre deltagerne i vår studie rapporterer mindre selvskading.

Kompleks traumatisering

Effekten av oppvekstbetingelsene på senere fungering kan sees i sammenheng med kompleks post-traumatisk stress-syndrom (PTSD). Kompleks PTSD er ikke en offisiell diagnose, men det er en økende oppfatning innen traumefeltet om at det skiller seg fra nåværende definisjon av PTSD på flere viktige måter. Kompleks traumatisering er en vedvarende eksponering for gjentatte og/eller forskjellige typer traumatiske hendelser hvor flukt de traumatiserende omgivelsene er umulig (Mørkved et al., 2014). Særlig interpersonlige traumer blir i vektlagt i denne sammenhengen. Kompleks PTSD skiller seg fra nåværende PTSD-diagnose ved at man i tillegg har vansker med emosjonsregulering, vansker i relasjoner til andre, et negativt selvkonsept, og unngåelsesatferden trenger ikke å være like spesifikt knyttet til påminnere fra hendelsene (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Maercker, 2013). Traumatisering over lengre tid, og spesielt fra tidlig barndom av, er funnet i større grad enn enkeltstående hendelser å føre til kompleks PTSD (Cloitre et al., 2013; Cloitre et al., 2009). Noe av årsaken til dette er at ved traumatisering i barndommen blir forstyrrelsen i de

selvregulerende prosessene mer vedvarende, grunnet hjernes plastisitet og utviklingsnivå (Howell, 2011). I denne studien fant vi støtte for at høy grad av negative oppvekstbetingelser førte til økt selvskading og mindre opplevd støtte. Selvskadingen kan sees på som et uttrykk for vansker med emosjonsregulering (Klonsky, 2007; Skårderud & Sommerfeldt, 2008), og mangel på opplevd sosial støtte kan tenkes å være grunnet problemer med adekvat fungering i nære relasjoner over tid. I tillegg skal det nevnes at Glassman et al. (2007) fant høy grad av nettopp selvkritiske tanker, som et uttrykk for negativt selvkonsept, medierte forholdet mellom psykisk vold og senere selvskading i et utvalg av studenter med historie med selvskading. Dette kan sees i sammenheng med våre resultater, hvor psykisk vold fra en i familien var den spesifikke oppvekstbetingelsen som var sterkest korrelert med selvskading.

Deltagerne i denne studien ble gjennomsnittlig forgrepet på første gang ved lav alder, 6.5 år gamle. Med tanke på dette, og at de ser ut til å oppleve problemer innenfor flere av tilleggskriteriene, kan det argumenteres at deltagerne opplever ettervirkninger forenlig med kompleks traumatisering. Vi har i denne studien ikke tall på i hvilken grad deltagerne også opplever symptomer forenlig med de tradisjonelle kriteriene for PTSD. Vi vet imidlertid fra Steine, Krystal, et al. (2012) at det samme utvalget opplever høy grad av søvnproblemer og mareritt, og at CSA-utsatte generelt er funnet å ofte tilfredsstille kriteriene for PTSD (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Noen av de hyppigst rapporterte symptomene blant CSA-utsatte er for øvrig også kriterier for PTSD, for eksempel angst, depresjon og unngåelse av steder og situasjoner som minner dem om hendelsene (Briere & Elliott, 1994; Maniglio, 2009; Verdens helseorganisasjon, 2005).

Kompleks PTSD er foreslått som en egen diagnose i den kommende, 11. utgaven av den internasjonale diagnosemanualen (ICD-11), som forventes i løpet av 2015 (Maercker et al., 2013). Med mulighet for offisielt å sette diagnosen kan det forventes økt forskning på forståelse for og behandling av tilstanden, blant annet for CSA-utsatte. Det er allerede satt fokus på at behandling av kompleks traumatisering ser ut til å kunne kreve en annen tilnærming enn PTSD etter enkelthendelser (Mørkved et al., 2014; Nicholl & Thompson, 2004).

Implikasjoner for psykologisk arbeid

Forebygging av overgrep. Seksuelle overgrep mot barn er et omfattende og destruktivt samfunnsproblem som øker risikoen for utvikling av en rekke psykiske lidelser og psykososiale vansker betraktelig. Å redusere forekomsten av CSA kan derfor sees på som en form for psykopatologiforebygging (Molnar et al., 2001). Tiltak mot CSA retter seg ofte direkte til barnene gjennom skole eller barnehage, i form av informasjon om CSA og hvor de kan oppsøke hjelp (Wurtele, 2009). Gjennom disse kanalene når man de fleste barna, og enkeltgrupper stigmatiseres i mindre grad enn ved målrettede tiltak. Tiltakene bør også inkludere en dialog om personlige grenser og hva som regnes som ikke greit for voksne å gjøre mot barn (Wurtele, 2009). Å tydeliggjøre skyldplasseringen gjennom det forbyggende arbeidet kan gjøre dette lettere for CSA-utsatte barn, i stedet for å klandre seg selv. Det er usikkert hvorvidt forebyggende arbeid rettet mot barn bidrar til å minke andelen overgrep, men fremhever at slikt arbeid fører til økt rapportering av overgrep og mindre skam knyttet til hendelsen (Finkelhor, Asdigian, & Dziuba-Leatherman, 1995). Ved å inkludere foreldre gjennom skriv fra skolen, kan også de få en økt kunnskap om CSA og slik bli bedre rustet til å plukke opp signaler om et eventuelt overgrep. Det vil også kunne virke forebyggende på familiære

overgrep, da omsorgsgiverne blir informert om at barnet deres har lært om CSA på skolen og dermed vet at det er galt.

På tross av at CSA skjer i alle typer sosiale lag og familiekonstellasjoner, har enkelte økt risiko for å bli utsatt for CSA, for eksempel grunnet psykopatologi hos foreldre, rusproblematikk eller konflikter i hjemmet. Helsepersonell og skole bør derfor gi familier i disse situasjonene tettere oppfølging.

Kliniske implikasjoner. Det bør bli vanlig praksis å spørre barn og unge som kommer psykologisk behandling om opplevelser knyttet til seksuelt overgrep. Dette gjelder spesielt for mannlige pasienter, som trolig underrapporterer hendelser av seksuelt overgrep (Lab et al., 2000). Lab et al. (2000) fant i en undersøkelse blant helsepersonell i USA at hele 50 % aldri spurte mannlige pasienter om de hadde opplevd seksuelle overgrep. Ved å tilstrekkelig kartlegge dette kan barnet få så tidlig intervensjon som mulig og en bedre tilpasset behandling (se for eksempel Maniglio, 2009). En historie med selvskading kan her være en indikator på mulig opplevd CSA. Og assosiasjonen psykisk vold i barndommen og senere selvskading gjør at man også bør være oppmerksom på faren for utvikling av selvskading i hjem hvor dette forekommer.

Ved oppdagelse av CSA kan barnet trenge profesjonell oppfølging, men også familien bør bli inkludert i behandlingen. Hvordan dette gjennomføres, vil påvirkes av barnets alder og modenhet, og av overgriperens identitet. Tremblay et al. (1999) vektlegger at det er et behov for økt fokus på hvordan familien håndterer en slik avsløring og øke deres evne å yte adekvat hjelp. Hvordan barn blir møtt kan ha store implikasjoner for senere symptomtrykk (Malloy & Lyon, 2006; Nordanger & Braarud, 2014; Wilson & Scarpa, 2014). Samtalegrupper for foreldre til overgrepsutsatte kan her

være nyttig, hvor man møter andre pårørende og forsterke hverandres positive samhandlingsmønstre med barnet (Tremblay et al., 1999). Effekten av sosial støtte i barndommen på senere symptomtrykk hos den utsatte gjør at dette bør være en prioritet (Kendall-Tackett et al., 1993; Tremblay et al., 1999), og som vist i denne oppgaven, har gode oppvekstbetingelser effekt på opplevd sosial støtte i voksen alder. Å hjelpe familien til å fungere til det beste for barnet, kan bidra til et positivt samspillsmønster som kan være godt ut over oppvekstårene.

Opplevelsen av sosial støtte er assosiert med personens kognitive fortolkningsstil (Lakey & Cassady, 1990), og et aspekt ved psykoterapi kan være å hjelpe en klient til å oppfatte den sosiale støtten som kan befinne seg i det sosiale nettverket. Behandling av personer som har blitt utsatt for mellommenneskelige traumer, der i blant CSA, bør rette seg mot å lege tilknytningsrelaterte skader og arbeide med den emosjonelle reaktiviteten og de mellommenneskelige handlingsmønstrene til den traumatiserte, foreslår Bowlby (1977). Å åpne opp for refleksjoner om relasjonelle behov, håndtering av vanskelige tanker og følelser, og hvordan man både kan få og gjøre seg nyttiggjøre av sosial støtte, kan bidra positivt til pasientens mestring og fungering.

Metodiske begrensninger

Kjønnsfordelingen i utvalget var skjevfordelt. Kun 23 menn deltok i undersøkelsen, som tilsvarer 5 % av respondentene. Dette er en relativt liten andel, og trolig reflekterer det en underrepresentasjon av menn, da det er estimert at omkring 1/4 av alle utsatt for CSA er gutter (Finkelhor, 1994; Putnam, 2003). Derfor kan det i denne studien ikke trekkes konklusjoner om kjønnsforskjeller.

Deltagerne ble rekruttert fra et regionalt støttesenter for overgrepsutsatte og alle har dermed fortalt noen at de har vært utsatt for CSA, som ikke er representativt for alle

CSA-utsatte (London et al., 2007). Det er mulig at de har et større symptomtrykk eller opplever mindre sosial støtte fra sitt nettverk, sammenlignet med CSA-utsatte som ikke har kontaktet et støttesenter. Videre var det kun en tredjedel av de som var i kontakt med støttesentrene på undersøkelsestidspunktet som valgte å svare på undersøkelsen. Det kan være systematiske forskjeller mellom de som valgte å svare og de som unnlot å gjøre det. Eksempelvis kan de som ikke svarte på undersøkelsen ha opplevd det som for belastende å besvare undersøkelsen på grunn av et større symptomtrykk enn andre. Vi kan også anta at de som har valgt å svare har vært mer interessert i å dele sin historie, en faktor som trolig modereres av aspekter ved personens overgrepshistorie, livssituasjon og personlighetsvariabler.

Spørreskjemaet brukt til innsamling av data om oppvekstbetingelser, var ikke standardisert, noe som kan ha svekket studiens validitet. Selvrapportering gir et nyttig og nødvendig innblikk i CSA-utsattes opplevelser, og LISA-skjemaet benytter seg av skalerte svaralternativer, som belyser respondentenes opplevelser på en nyansert måte. I selvrapportering løper det likevel en risiko for målefeil (Bernstein et al., 1994). Det er kjent at det forekommer underrapportering av negative livshendelser ved retrospektiv selvrapportering, noe som kan være tilfelle ved rapportering av oppvekstbetingelser og selvskading i denne studien (Hardt & Rutter, 2004). Falske positive svar i slike undersøkelser synes å være mindre utbredt. Mangelen på kontrollgrupper gjør sammenligning med andre utvalg vanskelig.

Videre forskning

Videre forskning bør undersøke assosiasjonene mellom negative oppvekstbetingelser og opplevd sosial støtte og selvskading med et representativt utvalg. En kontrollgruppe med ikke-traumatiserte respondenter, samt flere grupper av

respondenter med ulik overgrepshistorikk, vil bidra til økt forståelse for sammenhenger mellom negative oppvekstbetingelser og utfallsmålene.

En langsgående studie med oppstart i tidlige barneår vil særlig kunne bidra til økt kunnskap om hvordan barn og unges oppvekstmiljø kan påvirke psykososial utvikling fra barndom og over i voksen alder. Dette åpner også opp for muligheten til å undersøke hvorvidt opplevd sosial støtte som barn kan predikere opplevd sosial støtte som voksen. Opplevd sosial støtte som utfallsmål er, til vår kjennskap, et lite undersøkt tema. Opplevd sosial støtte i voksen alder kan bidra til bedre psykisk fungering (Cobb, 1976; Newsom & Schulz, 1996), og mer kunnskap om prediktorer for dette er viktig. Kunnskap om dette kan bidra til behandling rettet mot å øke CSA-utsattes psykososiale fungering og slike begrense senere symptomutvikling.

Videre bør et standardisert spørreskjema, som for eksempel *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein, Ahluvalia, Pogge, & Handelsman, 1997), benyttes ved innhenting av informasjon om negative oppvekstbetingelser. Dette vil øke validiteten til studien og gjøre sammenligning med andre lignende studier lettere.

I kommende studier som belyser sammenhenger mellom negative oppvekstbetingelser og selvskadende atferd, vil det være nyttig å nyansere selvskadebegrepet. Litteraturen på dette benytter seg av en rekke ulike definisjoner (Klonsky, 2007; Maniglio, 2011; Ystgaard et al., 2003), hvor en hovedforskjell er hvorvidt selvmordsforsøk inkluderes. Også andre definisjoner med ulikt fokus er utviklet og foreslått til erstatning for selvskading, som for eksempel villet egenskade (Sommerfeldt & Skårderud, 2009). En framtidig enighet om en standard definisjon vil kunne gjøre sammenligning av forskning lettere, og nyansere det kliniske bildet. Samtidig fordrer en slik felles forståelse mer forskning for å bedre forstå selvskading som et fenomen.

Konklusjon

Denne studien fant at negative oppvekstbetingelser var assosiert med mindre grad av opplevd sosial støtte og mer selvskadende atferd i voksen alder hos CSA-utsatte. Dette var i tråd med hovedantagelsene i våre hypoteser.

Oppvekstbetingelser forklarte en betydelig del av variansen i opplevd sosial støtte fra familien. Negative oppvekstbetingelser som helhet, samt alle underkategorier, var korrelert med mindre grad av opplevd sosial støtte fra familie. Opplevelsen av å ha blitt godt fysisk ivaretatt av sin familie i barndommen, var assosiert med høyere grad av opplevd sosial støtte fra venner og en spesiell person. Det å ha måttet ta vare på noen i familien under oppveksten var korrelert med lavere grad av opplevd sosial støtte fra venner og en spesiell person i voksen alder. Å ha følt seg trygg og elsket i oppveksten var korrelert med økt grad av opplevd sosial støtte fra en spesiell person.

Negative oppvekstbetingelser predikerte nær en femtedel av variansen i selvskadende atferd, og alle underkategorier av oppvekstbetingelser var assosiert med selvskading. Særlig psykisk vold fra familie og psykisk/fysisk vold fra andre utenfor familien var assosiert med økt forekomst av selvskadende atferd.

En implikasjon av denne studien er at systemisk behandling bør rettes mot å bedre oppvekstbetingelsene til den overgrepsutsatte, og individuell behandling bør rettes mot eventuelle vansker med emosjonsregulering og relasjonelle skader.

Tabeller

Tabell 1

Oppsummering for hierarkisk regresjonsanalyse av prediktorvariablene for opplevd sosial støtte og selvskading

Prediktor	Opplevd sosial støtte, totalskåre			Opplevd sosial støtte, familie			Opplevd sosial støtte, venner		
	β	B	SE	β	B	SE	β	B	SE
Trinn 1									
Kjønn	-.10	-6.65	3.5	.05	1.67	1.7	-.13*	-3.38	1.4
Alder	-.20***	-.25	.1	-.11*	-.07	.0	-.11*	-.05	.0
Trinn 2									
Kjønn	-.10	-6.81	3.5	.05	1.53	1.6	-.13*	-3.40	1.4
Alder	-.19***	-.24	.1	-.10	-.06	.0	-.11*	-.05	.0
Alder ved første overgrep	.09	.36	.2	.17**	.31	.1	.02	.03	.1
Trinn 3									
Kjønn	-.11*	-7.37	3.4	.04	1.19	1.5	-.14**	-3.53	1.3
Alder	-.13**	-.17	.1	-.03	-.02	.0	-.08	-.04	.0
Alder ved første overgrep	.01	.04	.2	.07	.12	.1	-.04	-.05	.1
Oppvekstbetingelser	-.29***	-.87	.2	-.37***	-.53	.1	-.18**	-.21	.1

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Fortsettelse fra tabell 1

Prediktor	Opplevd sosial støtte, en spesiell person			Selvskading		
	β	B	SE	β	B	SE
Trinn 1						
Kjønn	-.11*	-3.28	1.5	.10	1.92	1.0
Alder	-.19***	-.10	.0	-.20***	-.07	.0
Trinn 2						
Kjønn	-.11*	-3.31	1.5	.11	2.00	1.0
Alder	-.19***	-.10	.0	-.21***	-.07	.0
Alder ved første overgrep	.05	.08	.1	-.17**	-.18	.1
Trinn 3						
Kjønn	-.12*	-3.39	1.5	.12*	2.26	.9
Alder	-.17**	-.09	.0	-.30***	-.10	.0
Alder ved første overgrep	.02	.03	.1	-.03	-.04	.1
Oppvekstbetingelser	-.09	-.12	.1	.46***	.39	.0

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabell 2

Pearson produkt moment korrelasjonskoeffisienter mellom spesifikke spørsmål om oppvekstbetingelser og sosial støtte og selvskading

Oppvekstbetingelse	Sosial støtte, total (n)	Sosial støtte, familie (n)	Sosial støtte, venner (n)	Sosial støtte, spesiell annen (n)	Selvskading (n)
Fysisk vold fra familie	-.20*** (426)	-.24*** (423)	-.09 (421)	-.06 (427)	.19*** (389)
Psykisk vold fra familie	-.21*** (421)	-.33*** (418)	-.10* (415)	-.05 (421)	.34*** (384)
Vitne til at andre i familien ble utsatt for fysisk eller psykisk vold	-.17** (417)	-.19*** (413)	-.11* (411)	-.09 (416)	.25*** (381)
Fysisk eller psykisk vold fra noen utenfor familien	-.13** (421)	-.13** (417)	-.11* (415)	-.07 (420)	.30*** (382)
Å selv måtte ta vare på andre i familien	-.28*** (418)	-.29*** (415)	-.21*** (413)	-.15** (418)	.27*** (381)
Opplevd å være fysisk tatt vare på av familien	.28*** (432)	.30*** (431)	.16** (428)	.15** (434)	-.24*** (428)
Følt seg trygg, elsket og verdsatt av familien	.28*** (434)	.41*** (430)	.09 (428)	.11* (433)	-.19*** (394)

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Referanser

- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. M., & Vaillant, G. E. (1978). Life event stress, social support, coping style, risk of psychological impairment. *The Journal of nervous and mental disease*, 166(5), 307-316.
- Asberg, K., & Renk, K. (2013). Comparing incarcerated and college student women with histories of childhood sexual abuse: The roles of abuse severity, support, and substance use. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 167-175. doi:10.1037/a0027162
- Banyard, V. L., Williams, L. M., Siegel, J. A., & West, C. M. (2002). Childhood Sexual Abuse in the Lives of Black Women. *Women & Therapy*, 25(3-4), 45-58. doi:10.1300/J015v25n03_04
- Barry, M. (2011). 'I realised that I wasn't alone': the views and experiences of young carers from a social capital perspective. *Journal of Youth Studies*, 14(5), 523-539. doi:10.1080/13676261.2010.551112
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 16(1), 101-118.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348. doi:10.1097/00004583-199703000-00012

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., . . .

Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . .

. Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0

Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., de Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Lönnqvist, J., . . .

Jensen, B. (1997). A repetition–prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(2), 81-86.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210. doi:10.1192/bjp.130.3.201

Briere, J., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54-69. doi:10.2307/1602523

Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development:

Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.

doi:10.1037/0012-1649.22.6.723

Charles, G., Stainton, T., & Marshall, S. (2009). Young Carers: Mature Before Their

Time. *Reclaiming Children and Youth*, 18(2), 38-41.

Clara, I. P., Cox, B. J., Enns, M. W., Murray, L. T., & Torgrudc, L. J. (2003).

Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social

support in clinically distressed and student samples. *Journal of Personality*

Assessment, 81(3), 265-270.

Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013).

Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile

analysis. *European Journal of Psychotraumatology*.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., &

Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood

and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of*

Traumatic Stress, 22(5), 399-408. doi:10.1002/jts.20444

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*,

38(5), 300-314.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis.

Psychological bulletin, 98(2), 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310

Constantino, R., Kim, Y., & Crane, P. A. (2005). Effects of a social support intervention

on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: A pilot study.

Issues in Mental Health Nursing, 26(6), 575-590.

doi:10.1080/01612840590959416

- Croyle, K. L., & Waltz, J. (2007). Subclinical self-harm: Range of behaviors, extent, and associated characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 332-342. doi:10.1037/0002-9432.77.2.332
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., . . . Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 28(7), 771-784. doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.008
- Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., Hawkins, J., . . . Chyen, D. (2012). Youth risk behavior surveillance-United States, 2011. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, DC: 2002)*, 61(4), 1-162.
- Edgardh, K., & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 89(3), 310-319. doi:10.1111/j.1651-2227.2000.tb01333.x
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of Nonoffending Parents to the Sexual Abuse of their Child: A Review of the Literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331. doi:10.1177/1077559501006004005
- Evren, C., & Evren, B. (2005). Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 15-22.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological medicine*, 30(01), 23-39.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 17(1), 67-70. doi:10.1016/0145-2134(93)90009-T
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 18(5), 409-417.
- Finkelhor, D., Asdigian, N., & Dziuba-Leatherman, J. (1995). The effectiveness of victimization prevention instruction: An evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child abuse & neglect*, 19(2), 141-153. doi:10.1016/0145-2134(94)00112-8
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child abuse & neglect*, 14(1), 19-28.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and

revictimization. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1417-1425.

doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1417

Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K.

(2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2483-2490.

doi:10.1016/j.brat.2007.04.002

Goldstein, A. L., Flett, G. L., Wekerle, C., & Wall, A. M. (2009). Personality, Child

Maltreatment, and Substance Use: Examining Correlates of Deliberate Self-Harm Among University Students. *Canadian Journal of Behavioural Science-
Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 41(4), 241-251.

doi:10.1037/a0014847

Graham-Bermann, S. A., Castor, L. E., Miller, L. E., & Howell, K. H. (2012). The

impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 393-400. doi:10.1002/jts.21724

Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the

Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 23(4), 253-263.

Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm

among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*.

Guelzow, J. W., Cornett, P. F., & Dougherty, T. M. (2003). Child Sexual Abuse

Victims' Perception of Paternal Support as a Significant Predictor of Coping Style and Global Self-Worth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(4), 53-72.

doi:10.1300/J070v11n04_04

- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54. doi:10.1192/bjp.178.1.48
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 556-560.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Bmj*, 325(7374), 1207-1211.
- Hepple, J., & Quinton, C. (1997). One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *The British Journal of Psychiatry*, 171(1), 42-46.
- Hinson, J. V., Koverola, C., & Morahan, M. (2002). An Empirical Investigation of the Psychological Sequelae of Childhood Sexual Abuse in an Adult Latina Population. *Violence Against Women*, 8(7), 816-844. doi:10.1177/107780102400388498
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 562-569. doi:10.1016/j.avb.2011.09.001
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts

- during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*, 113(1), 164.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Lab, D. D., Feigenbaum, J. D., & De Silva, P. (2000). Mental health professionals' attitudes and practices towards male childhood sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 24(3), 391-409. doi:10.1016/S0145-2134(99)00152-0
- Lakey, B., & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 337-343.
doi:10.1037/0022-3514.59.2.337
- Little, L., & Hamby, S. L. (1999). Gender differences in sexual abuse outcomes and recovery experiences: A survey of therapist-survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 378-385. doi:10.1037/0735-7028.30.4.378
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2007). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*, 16(1), 29-47. doi:10.1080/09658210701725732

- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., . . . Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683-1685. doi:10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- Malloy, L. C., & Lyon, T. D. (2006). Caregiver Support and Child Sexual Abuse: Why Does It Matter? *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(4), 97-103. doi:10.1300/J070v15n04_06
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 30-41. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01612.x
- Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C., & Harrop, C. (2014). Factors Promoting Resilience Following Childhood Sexual Abuse: A Structured, Narrative Review of the Literature. *Child Abuse Review*, 23(1), 17-34. doi:10.1002/car.2258
- McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(3), 177-185. doi:10.1046/j.1440-0979.2003.00287.x
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 163(6), 721-732.

Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996).

The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children:

A community study. *Child abuse & neglect*, 20(1), 7-21. doi:10.1016/0145-

2134(95)00112-3

Murthi, M., & Espelage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, social support, and

psychological outcomes: A loss framework. *Child abuse & neglect*, 29(11),

1215-1231. doi:10.1016/j.chiabu.2005.03.008

Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bomyea, J., &

Thorp, S. R. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and

Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 453-

467. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.005

Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation

between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and*

Aging, 11(1), 34-44. doi:10.1037/0882-7974.11.1.34

Nicholl, C., & Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic

Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of

psychological therapies. *Journal of Mental Health*, 13(4), 351-362.

doi:10.1080/09638230410001729807

Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og

toleransevinduet som modell i ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk*

Psykologforening, 51, 531-536.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor*

approach to psychotherapy. New York, NY, US: W W Norton & Co.

- Ognibene, T. C., & Collins, N. L. (1998). Adult Attachment Styles, Perceived Social Support and Coping Strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 323-345. doi:10.1177/0265407598153002
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. doi:10.1080/00223980109603677
- Parker, G., Malhi, G., Mitchell, P., Kotze, B., Wilhelm, K., & Parker, K. (2005). Self-harming in depressed patients: pattern analysis. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(10), 899-906.
- Perry, B. D. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14(4), 240-255. doi:10.1080/15325020903004350
- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi:10.1097/00004583-200303000-0000
- Ramírez, C., Pinzón-Rondón, A. M., & Botero, J. C. (2011). Contextual predictive factors of child sexual abuse: The role of parent-child interaction. *Child abuse & neglect*, 35(12), 1022-1031. doi:10.1016/j.chiabu.2011.10.004
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological bulletin*, 124(1), 22.
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., & Golding, J. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child abuse & neglect*, 28(5), 525-545. doi:10.1016/j.chiabu.2003.07.006

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(4), 16.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepief, P., . . . Michel, K. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327-338.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20. doi:10.1007/s10615-007-0111-7
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 434-446. doi:10.1037/0022-3514.62.3.434
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 128(9), 1066-1069.
- Sommerfeldt, B., & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskaading? *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 129(8), 754–758. doi:10.4045/tidsskr.08.0454
- Steine, I. M., Harvey, A. G., Krystal, J. H., Milde, A. M., Grønli, J., Bjorvatn, B., . . . Pallesen, S. (2012). Sleep disturbances in sexual abuse victims: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 16(1), 15-25. doi:10.1016/j.smr.2011.01.006
- Steine, I. M., Krystal, J. H., Nordhus, I. H., Bjorvatn, B., Harvey, A. G., Eid, J., . . . Pallesen, S. (2012). Insomnia, Nightmare Frequency, and Nightmare Distress in

- Victims of Sexual Abuse The Role of Perceived Social Support and Abuse Characteristics. *Journal of interpersonal violence*, 27(9), 1827-1843.
- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjornvaten, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(10), 950-957.
- Straffeloven, LOV-1902-05-22-10. Kapittel 19. (2014). Hentet fra <http://www.lovdata.no>.
- Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep. Hva er incest/seksuelle overgrep? Retrieved September, 2014, from <http://www.smiso.no/index.php/article/articleview/28/1/3>
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child abuse & neglect*, 23(9), 929-945. doi:10.1016/S0145-2134(99)00056-3
- Ullman, S. E. (2002). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89-121.
- Ussher, J. M., & Dewberry, C. (1995). The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: A survey of adult women survivors in Britain. *British Journal of Clinical Psychology*, 34(2), 177-192.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Verdens helseorganisasjon. (2005). *ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del, alfabetisk indeks, opplæring*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948. doi:10.1542/peds.2005-2543
- Wichstrøm, L., & Rossow, I. (2002). Explaining the Gender Difference in Self-Reported Suicide Attempts: A Nationally Representative Study of Norwegian Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 101-116.
- Wilson, L. C., & Scarpa, A. (2014). Childhood abuse, perceived social support, and posttraumatic stress symptoms: A moderation model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 512-518. doi:10.1037/a0032635
- Wurtele, S. K. (2009). Preventing Sexual Abuse of Children in the Twenty-First Century: Preparing for Challenges and Opportunities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(1), 1-18. doi:10.1080/10538710802584650
- Wyatt, G. E., & Newcomb, M. D. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(6), 758.
- Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 123(16), 2241-2245.
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological Influences on the Sequelae of Child Maltreatment: A Review of the Literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49-62. doi:10.1177/1077559505283591
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

Åslund, C., Nilsson, K. W., Starrin, B., & Sjöberg, R. L. (2007). Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *European child & adolescent psychiatry*, 16(5), 298-304.

Vedlegg

Måleinstrumenter

Tabell A1

Oppvekstbetingelser, fra spørreskjema LISA - 2009

Oppvekstbetingelser					
Vi vil nå stille deg noen spørsmål om opplevelser fra din oppvekst (fram til du fylte 18 år). Sett et kryss i ruten for det svaret som passer best, og angi når dette eventuelt skjedde første gangen ved å skrive inn din alder (antall år) helt til høyre.					
	Nei, sjelden/aldri	Ja, av og til	Ja, ofte	Ja, veldig ofte/alltid	Hvor gammel var du evnt. første gang du opplevde dette?
1. Jeg opplevde å bli utsatt for fysisk vold fra noen i min familie da jeg vokste opp (noen slo meg, kanskje så hardt at jeg måtte til lege eller at andre utenfor familien la merke til det)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Jeg opplevde å bli utsatt for psykisk vold fra noen i min familie da jeg vokste opp (noen sa krenkende/nedsettende ting til meg som gikk inn på meg, kjeftet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Jeg opplevde å være vitne til at andre i familien ble utsatt for vold, fysisk og/eller psykisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Jeg ble utsatt for fysisk og/eller psykisk vold fra andre utenfor familien (jeg ble utsatt for mobbing på skolen el.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Jeg måtte ta vare på andre i familien, fordi far/mor ikke klarte det selv (pga. sykdom/rusproblemer og liknende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Ja, veldig ofte/alltid	Ja, ofte	Ja, av og til	Nei, sjelden/aldri	Hvor gammel var du evnt. første gang det ikke var slik?
6. Jeg ble tatt godt vare på i min familie (jeg fikk nok å spise, hadde rene og hele klær, ble fulgt til lege hvis jeg trengte det osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Jeg følte meg trygg, elsket og verdsatt i min familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Tabell A3

Selvskading, fra spørreskjema LISA – 2009

Selvskading				
Instruksjon:				
Instruksjon: Vennligst svar på spørsmålene ved å krysse av for "Nei" eller "Ja". Svar "Ja" bare i de tilfellene du har skadet deg selv med vilje, altså ikke skade som følge av uhell.				
Har du noen gang med vilje:	Nei	Ja	Hvis ja: Hvor mange ganger?	Hvis ja: Når skjedde det sist?
1 Tatt overdose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
2 Kuttet deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
3 Brent deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
4 Slått deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
5 Dunket hodet mot noe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
6 Misbrukt alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
7 Kjørt på en uforsvarlig måte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
8 Kjørt deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
9 Hindret sår i å gro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
10 Forverret sykdom (f.eks. unnlatt å bruke nødvendig medisin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
11 Vært seksuelt utsvevende (dvs. hatt mange seksualpartnere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
12 Selv sørget for å bli avvist i et nært forhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
13 Misbrukt reseptbelagt medisin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
14 Fjernet deg fra Gud som straff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
15 Involvert deg i et forhold preget av følelsesmessige overgrep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
16 Involvert deg i et forhold preget av seksuelle overgrep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
17 Selv sørget for å bli oppsagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
18 Forsøkt å ta ditt eget liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
19 Forverret en skade (f.eks. ved trening)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
20 Plaget deg selv med selv-nedvurderende tanker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
21 Sultet for å skade deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
22 Misbrukt avføringsmidler for å skade deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Har du utført noen andre selvdestruktive handlinger som vi ikke har spurt om her? I så fall, vennligst beskriv disse under. Skriv også hvor mange ganger du har gjort dette, og når det skjedde sist (som over).
